

The background features a watercolor-style illustration. On the right side, there is a dark silhouette of a person walking away from the viewer. The background is composed of large, overlapping washes of color, including shades of purple, blue, and pink, creating a soft, artistic atmosphere.

KNOW NEUROPATHIC PAIN

Una Guía Práctica para Entender,
Evaluar y Manejar el Dolor
Neuropático

Comité de Desarrollo

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Rheumatologist
Morelia, Mexico

Jianhao Lin, MD
Orthopedist
Beijing, China

Jose Antonio San Juan, MD
Orthopedic Surgeon
Cebu City, Philippines

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurologist
Moscow, Russia

Supraanee Niruthisard, MD
Pain Specialist
Bangkok, Thailand

Ammar Salti, MD
Consultant Anesthetist
Abu Dhabi, United Arab Emirates

Smail Daoudi, MD
Neurologist
Tizi Ouzou, Algeria

Germán Ochoa, MD
Orthopedist
Bogotá, Colombia

Xinping Tian, MD
Rheumatologist
Beijing, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anesthesiologist
São Luis, Brazil

Milton Raff, MD, BSc
Consultant Anesthetist
Cape Town, South Africa

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurologist, Neuroscientist and
Pain Specialist
Ankara, Turkey

Yuzhou Guan, MD
Neurologist
Beijing, China

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurologist
Manila, Philippines

Este programa fue patrocinado por Pfizer Inc.



Objetivos de Aprendizaje

- Al terminar este módulo, los participantes serán capaces de:
 - Explicar la patofisiología del Dolor Neuropático
 - Discutir la prevalencia del Dolor Neuropático
 - Aplicar una sencilla técnica de diagnóstico para diagnosticar Dolor Neuropático
 - Entender el impacto del Dolor Neuropático y sus comorbilidades en el funcionamiento del paciente y en su calidad de vida
 - Seleccionar las estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas para el manejo del Dolor Neuropático
 - Saber cuándo referir a los pacientes a un especialista

MANEJO



Metas del Tratamiento



Manejo del Dolor Neuropático

Diagnóstico

Tratamiento de
padecimientos
subyacentes

Tratamiento
farmacológico y no-
farmacológico de Dolor
Neuropático

Tratamiento de
comorbilidades

Mejor
funcionamien
to físico

Mayor
calidad del
sueño

Menor dolor

Mejor estado
psicológico

Mejor calidad
de vida general

Entre *más temprano* se llegue al diagnóstico, más oportunidades hay de *mejorar los resultados del paciente*

Metas en el Tratamiento de Dolor Neuropático



***Nota: una reducción del dolor de 30–50% puede esperarse con las dosis máximas en la mayoría de los pacientes**

Argoff CE et al. *Mayo Clin Proc* 2006; 81(Suppl 4):S12-25; Lindsay TJ et al. *Am Fam Physician* 2010; 82(2):151-8.



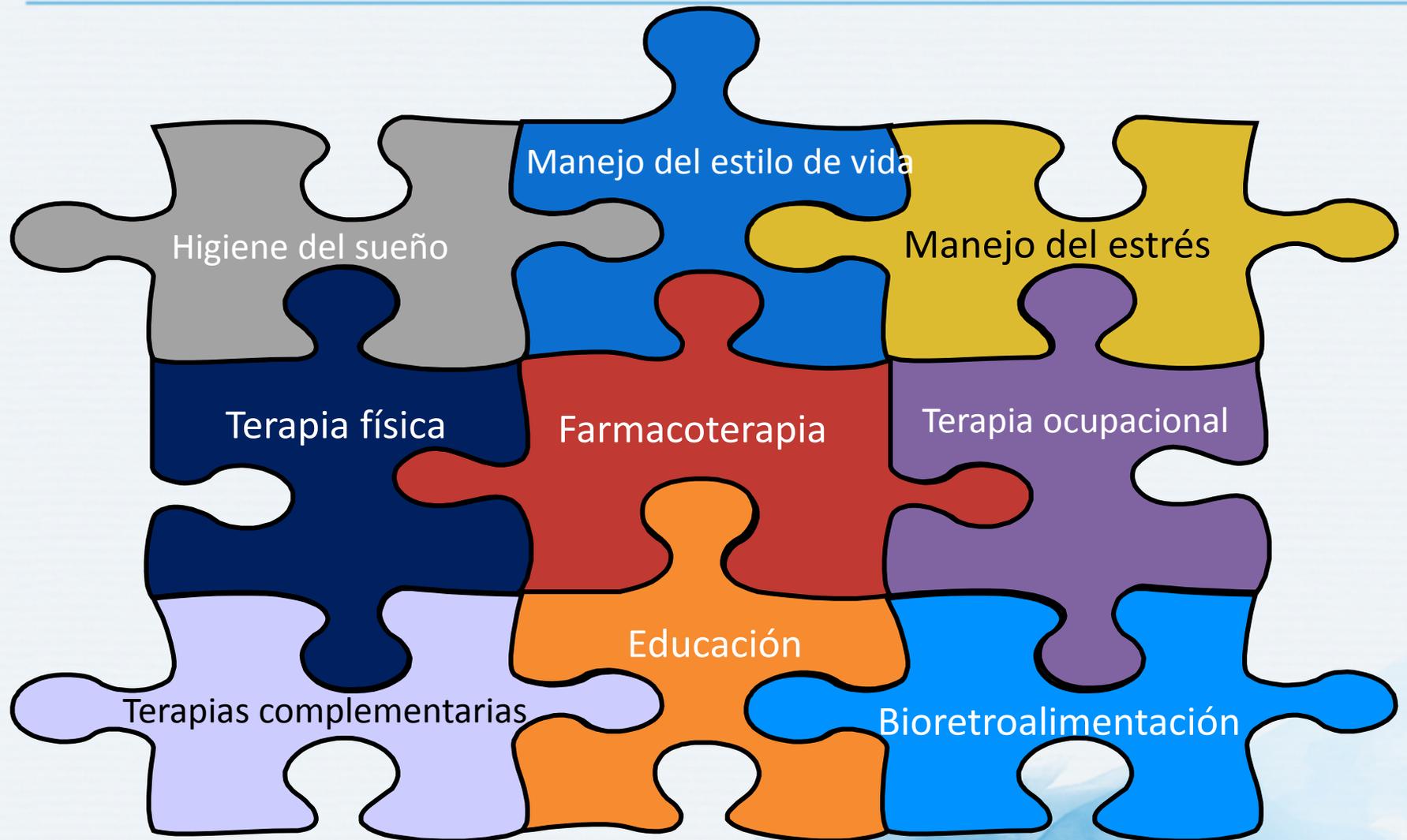
Planeando el Manejo de la Neuropatía Diabética Periférica Dolorosa: Metas del Tratamiento

Primaria	<ul style="list-style-type: none">• Alivio de >50% del dolor, ¡Pero sea realista!• No deje que "realista" resulte en la búsqueda menos agresiva del máximo alivio
Secundaria	<ul style="list-style-type: none">• Restauración o mejora de las medidas funcionales, calidad de vida, sueño y estado de ánimo• El tratamiento debe modificar el dolor y la función mejorará como consecuencia• Si no existe mejora en la función, implemente medidas para ayudar a los pacientes a optimizar la función en presencia de dolor residual

Tratamiento No-farmacológico



Tratamiento Multimodal del Dolor con Base en un Enfoque Biopsicosocial



Existen Varios Tratamientos No-farmacológicos Disponibles para Dolor Neuropático¹⁻⁶

Fisioterapia¹



Psicoterapia/CBT^{6,7}



Programas de manejo multimodal del dolor^{5,6}

Terapias alternativas y sanación espiritual¹⁻⁴



paciente education¹



Varias modalidades de tratamientos No-farmacológicos son mencionadas en las guías, pero **ninguna modalidad es recomendada universalmente¹⁻⁵**

CBT = terapia cognitiva conductual

1. Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25; 2. Bril V et al. *Neurology* 2011; 76(20):1758-65; 3. Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70; 4. Pittler MH, Ernst E. *Clin J Pain* 2008; 24(8):731-35; 5. Dubinsky RM et al. *Neurology* 2004; 63(6):959-65; 6. Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002; 7. Morley S. *Pain* 2011;152(3 Suppl):S99-106..



Evidencia de las Terapias No-farmacológicas en Dolor Neuropático

- Las terapias estudiadas incluyen:
- Evidencia limitada para la mayoría de las modalidades

La efectividad de las vitaminas B para reducir Dolor Neuropático crónico no ha sido establecida

- Acupuntura
- Electroestimulación
- Medicina herbal
- Imanes
- Suplementos alimenticios
- Imaginería
- Sanación espiritual
- La evidencia es alentadora y requiere mayor estudio de:
 - Extracto de Cannabis
 - Carnitina
 - Electroestimulación
 - Imanes



Guías AAN: Tratamiento No-Farmacológico de Neuropatía Diabética Periférica



Recomendado

- Estimulación nerviosa eléctrica percutánea (nivel B)



No Recomendado

- Tratamiento con campo electromagnético (nivel B)
- Tratamiento con láser de baja-intensidad (nivel B)
- Terapia Reiki (nivel B)



Evidencia insuficiente

- Amitriptilina + electroterapia (nivel U)



Guías AAN: Tratamiento No-Farmacológico de Neuralgia Postherpética



Recomendado

- Ninguno



No Recomendado

- Acupuntura (nivel B)
- Vitamina E (nivel B)



Evidencia insuficiente

- Irradiación láser He:Ne
- Criocauterío
- Extracto de *Ganoderma lucidum* (seta lingzhi)



Consenso de Expertos de América Latina: Tratamiento No-farmacológico de Dolor Neuropático



Terapias complementarias*

- Acupuntura – siempre y cuando sea realizada por profesionales calificados y con el consentimiento del paciente
- Ácido Tióctico y citidina/uridina monofosfato



Evidencia insuficiente

- Terapia herbal**

***Aunque se usa ampliamente en la práctica, poca evidencia científica soporta su uso y el paciente debe saber esto .
El uso o recomendación de uso debe basarse en la prudencia y comportamiento ético .**

****Estos tipos de tratamiento deben ser realizados por un médico, quien debe considerar los aspectos socioculturales del paciente.**

Acevedo et al. J Pain Palliat Care Pharmacother 2009; 23(3):261-81.



Guías Sudafricanas: Tratamiento No-Farmacológico de Dolor Neuropático



Recomendado

- Psicoterapia, particularmente terapia cognitiva conductual
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea
- Fisioterapia
- Estimulación de la médula espinal*



No Recomendado

- Lesión de la zona de entrada de la raíz dorsal (DREZotomía)

*En casos de dolor que no pueda ser manejado con tratamientos farmacológicos y tratamientos complementarios

Chetty S et al. *S Afr Med J* 2012; 102(5):312-25.



Guías EFNS: Tratamiento No-Farmacológico de Dolor Neuropático



Recomendado

- Electro-Acupuntura (nivel B)
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea de alta frecuencia (nivel C)
- estimulación magnética transcraneal repetitiva* (nivel B)



No Recomendado

- Neuroestimulación eléctrica periférica



Evidencia insuficiente

- Estimulación periférica implantada

Nota: solo se revisaron modalidades de neuroestimulación eléctrica, otros métodos no-farmacológicos no fueron considerados

*Eficacia transitoria; EFNS = Federación Europea de Sociedades Neurológicas

Cruccu G et al. *Eur J Neurol* 2007; 14(9):952-70.



Resumen de Recomendaciones de Tratamiento No-Farmacológico para Dolor Neuropático

- La neuroestimulación eléctrica transcutánea es la única modalidad de tratamiento No-Farmacológico recomendada por a mayoría de las guías

Tratamiento Farmacológico



Tratamiento Basado en el Mecanismo para Dolor Neuropático

Medicamentos que afectan la sensibilización periférica:

- Capsaicina
- Anestésicos locales
- TCAs

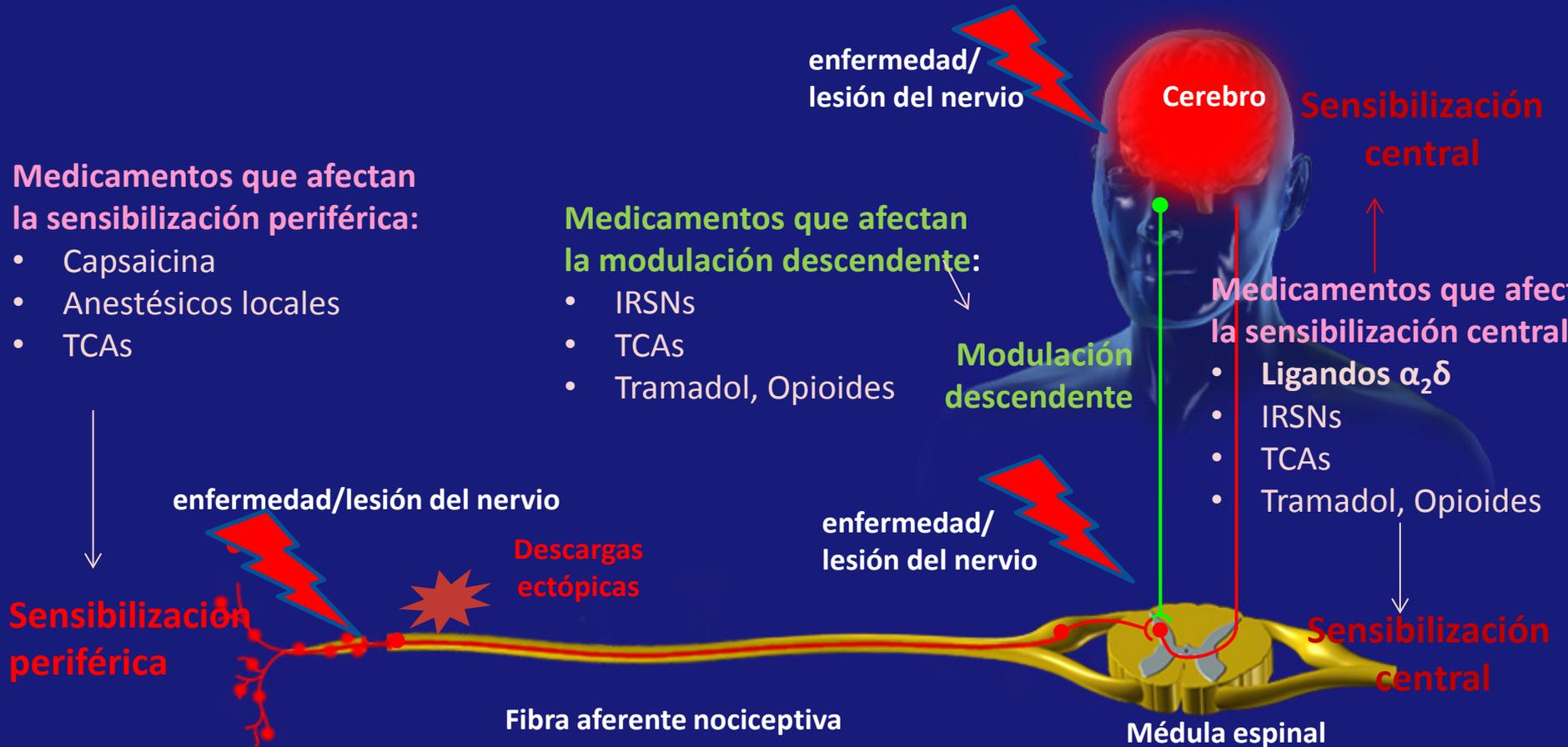
Medicamentos que afectan la modulación descendente:

- IRSNs
- TCAs
- Tramadol, Opioides

Modulación descendente

Medicamentos que afectan la sensibilización central:

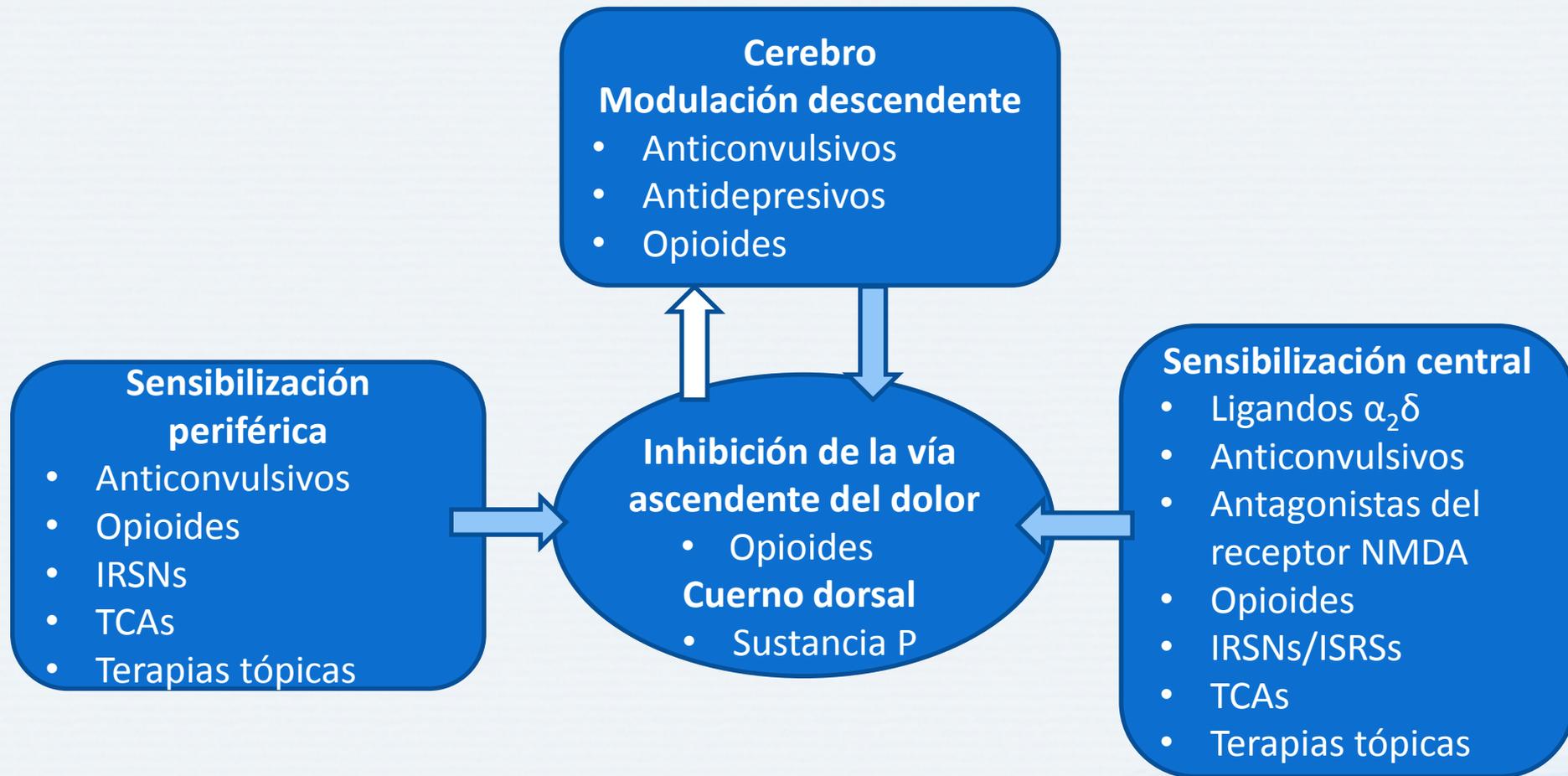
- Ligandos $\alpha_2\delta$
- IRSNs
- TCAs
- Tramadol, Opioides



IRSN= inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

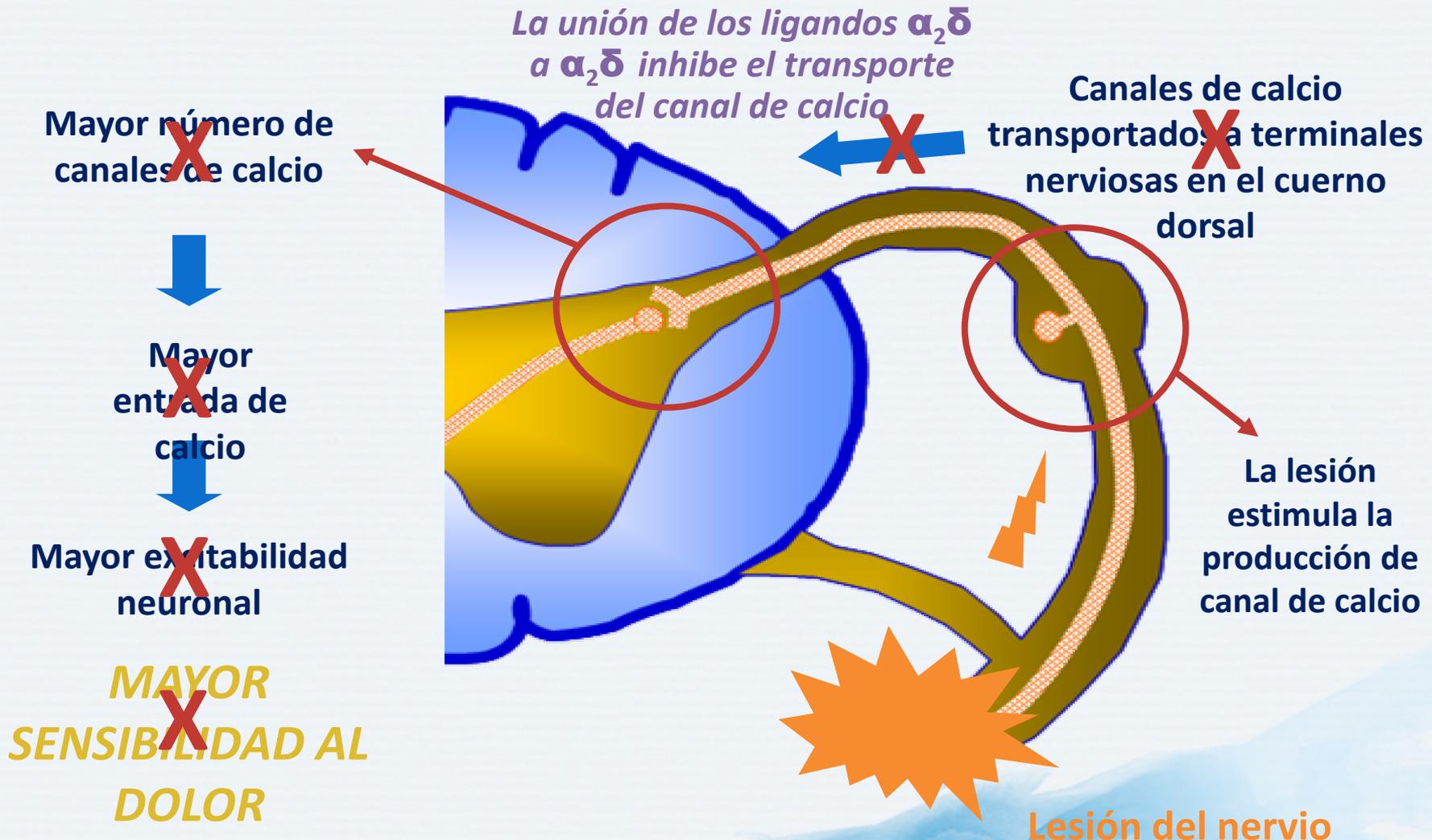
1. Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.
2. Moisset X and Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 17: S80-S88.
3. Attal N. et al. *European Journal of Neurology* 2010, 17: 1113-1123

Blancos Terapéuticos del Dolor Neuropático





Rol de los Canales de Calcio Ligados- $\alpha_2\delta$ en el Dolor Neuropático

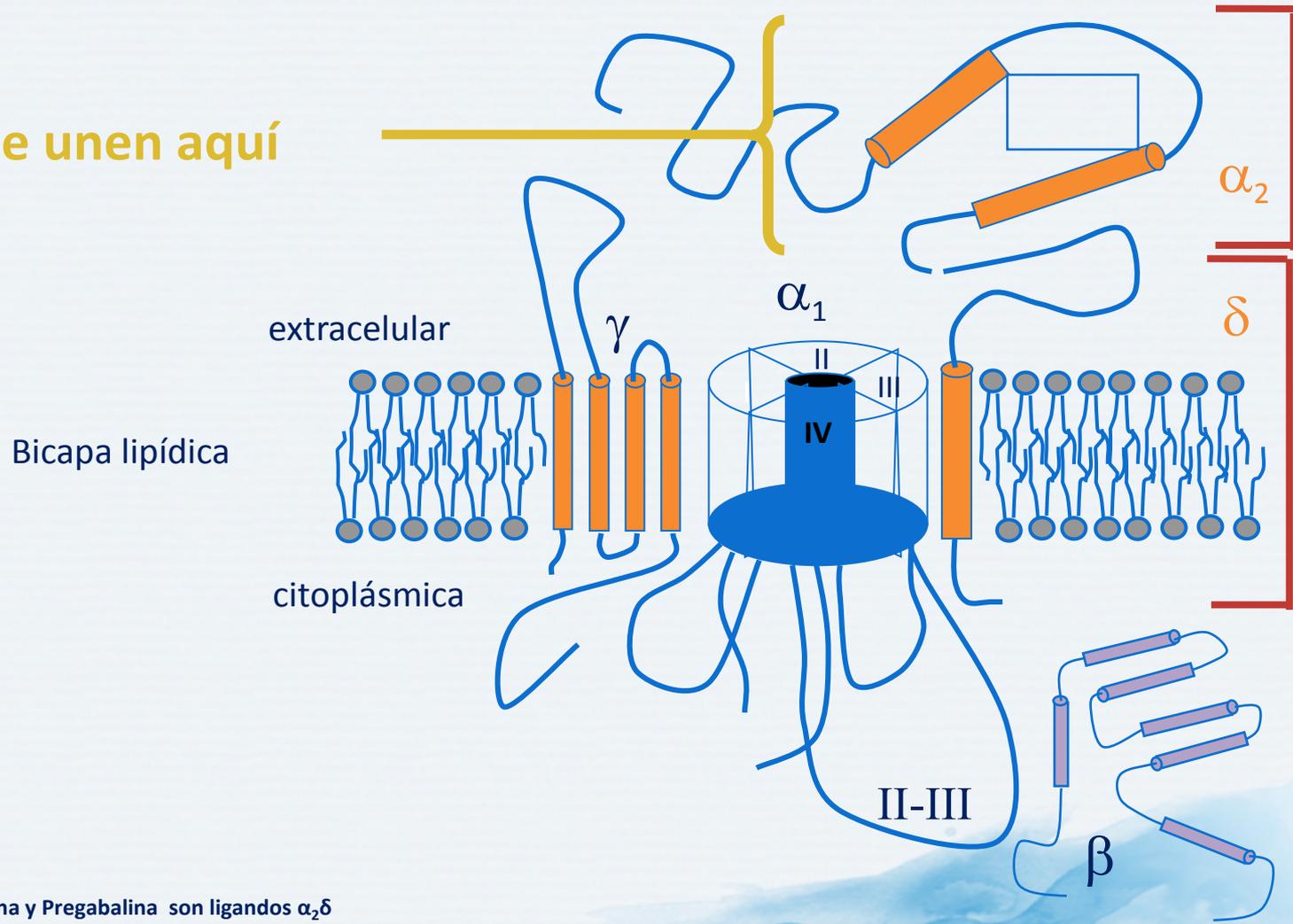


Nota: Gabapentina y Pregabalina son ligandos $\alpha_2\delta$
 Bauer CS et al. J Neurosci 2009; 29(13):4076-88.



Los Inhibidores α_2 - δ Se Unen a la Subunidad α_2 - δ de los Canales de Calcio Activados por Voltaje

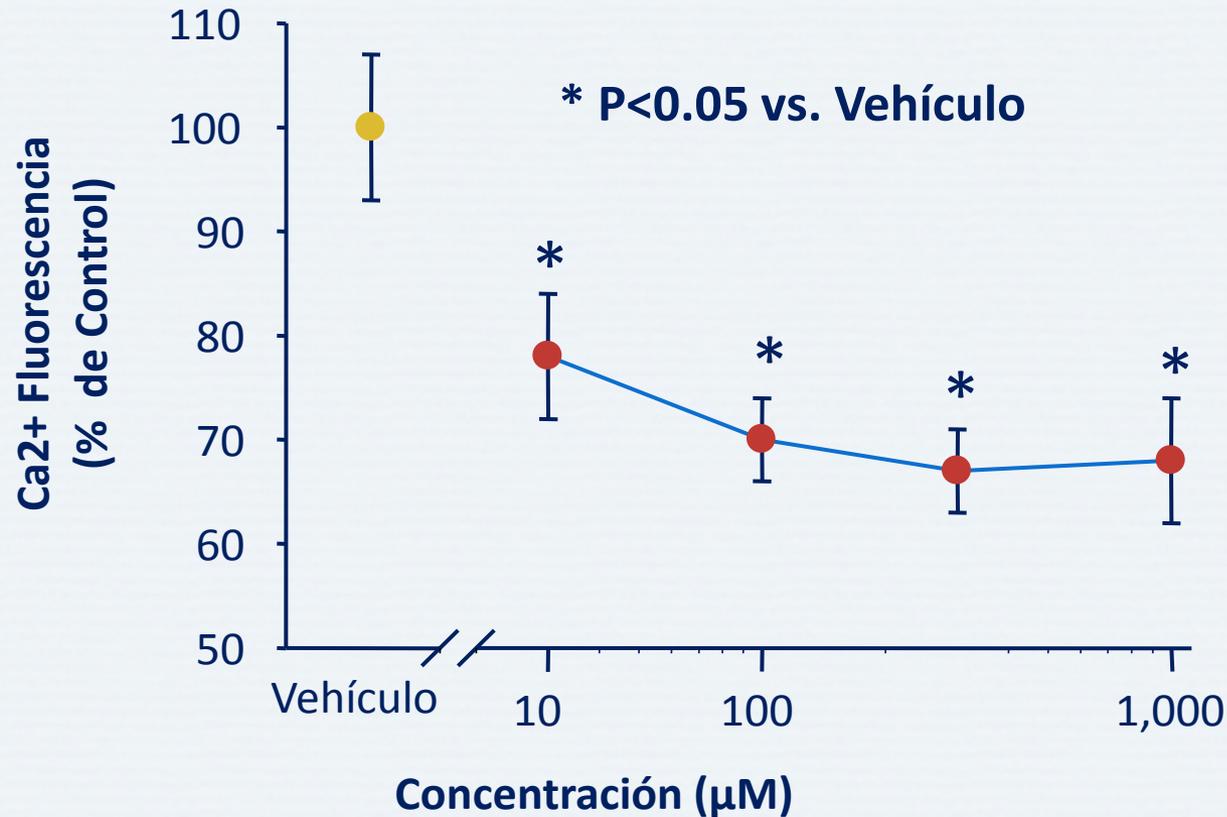
Se unen aquí



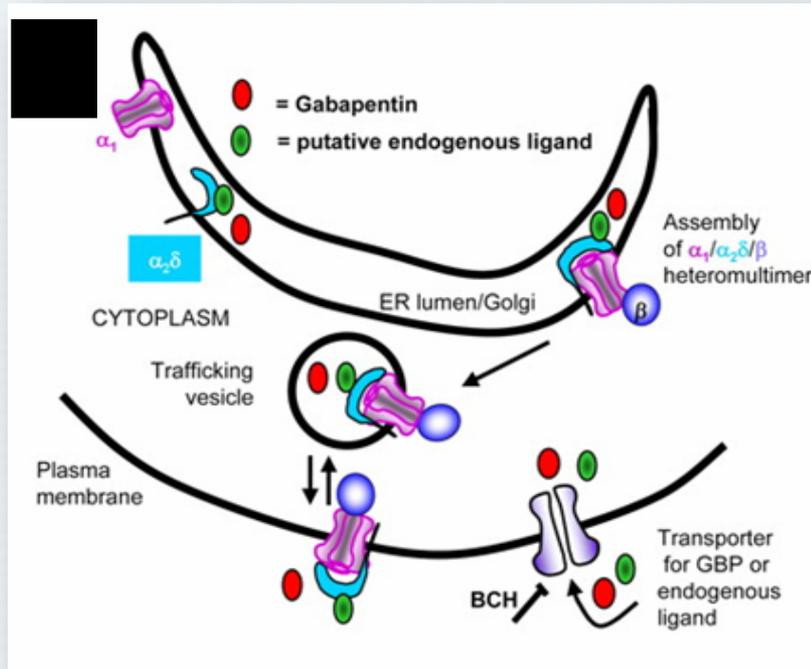
Nota: Gabapentina y Pregabalina son ligandos $\alpha_2\delta$
Arikkath and Campbell. *Curr Opin Neurobiol.* 2003;(3):298-307. Catterall 1996



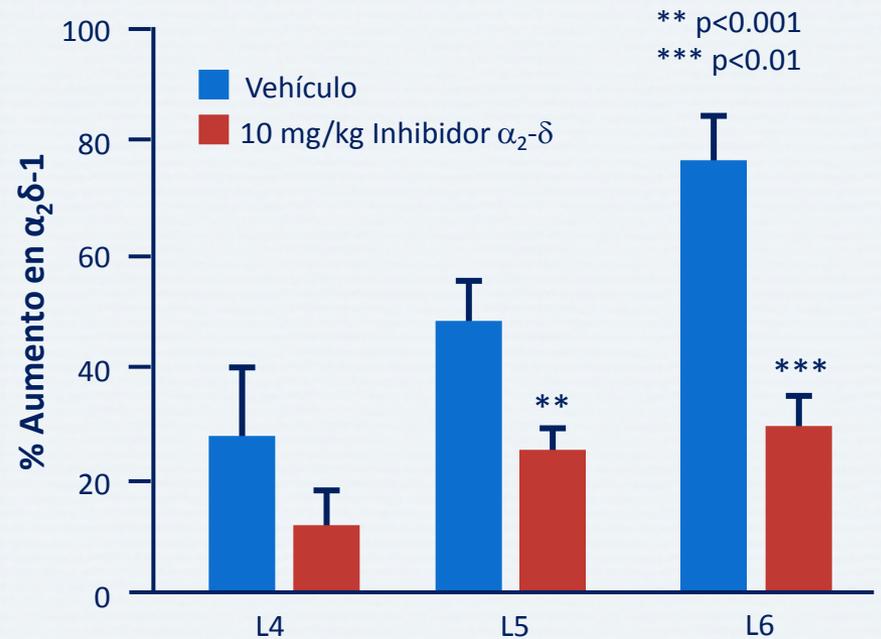
Los Inhibidores α_2 - δ Reducen la Entrada de Ca^{2+} en Sinaptosomas Neocorteza Humanos Despolarizados



Los Inhibidores α_2 - δ Modulan el Tráfico de Canales Ca^{2+}



Hendrich. PNAS. 2008 105:3628-3633.



Bauer et al, J Neurosci. 2009 Apr 1;29(13):4076-88.

- Los inhibidores α_2 - δ reducen el tráfico de complejos VGCC a la superficie celular in vitro
- Los inhibidores α_2 - δ previenen el aumento de α_2 - δ en el cuerno dorsal inducido por la lesión nerviosa



Efectos Adversos de los Ligandos $\alpha_2\delta$

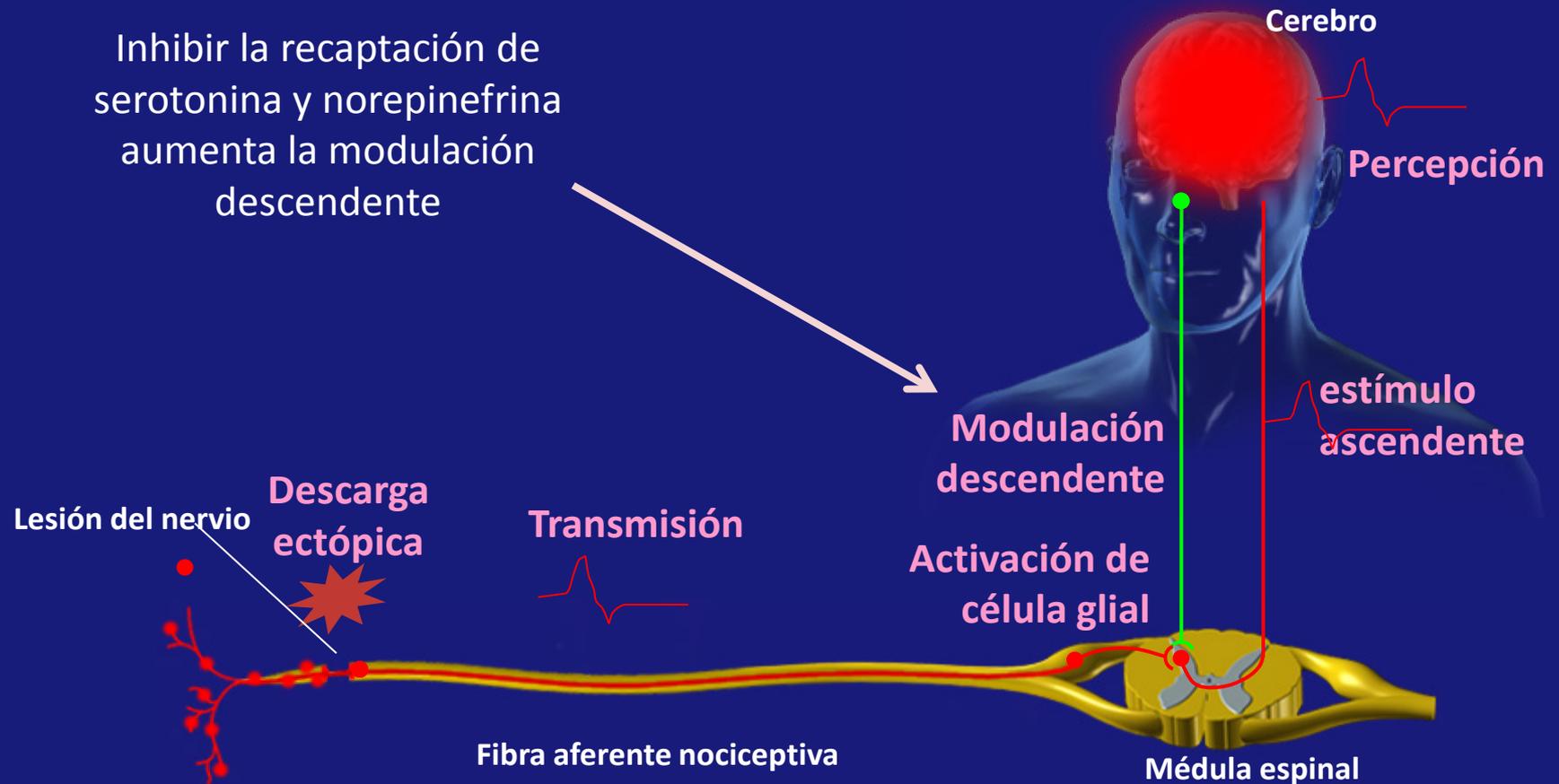
Sistema	Efectos adversos
Sistema digestivo	Boca seca
SNC	Mareo, somnolencia
Otro	Astenia, cefalea, edema periférico, aumento de peso

Los ligandos $\alpha_2\delta$ incluyen Gabapentina y Pregabalina

SNC= sistema nervioso central

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8.

Cómo Modulan el Dolor los Antidepresivos



Mecanismos Sugeridos de la Acción Analgésica de los Antidepresivos

Mecanismo de Acción	Sitio de acción	TCA	IRSN
Inhibición de la recaptación	Serotonina Noradrenalina	+ +	+ +
Antagonismo del receptor	α -adrenérgico NMDA	+ +	- (+) milncipran
Bloqueo o activación de los canales de iones	Bloqueador canal de calcio	+	(+) Venlafaxina/ - duloxetina
	Bloqueador canal de calcio	+	?
	Activador canal de potasio	+	?
Aumento en la función del receptor	Receptor GABA _B	+ amitriplina/ desipramina	?
Unión receptor opioide/ efecto mediado por opioide	Receptor opioide M- y δ	(+)	(+) Venlafaxina
Disminuye la inflamación	Menor producción de PGE2 Menor producción de TNF α		



Efectos Adversos de los Antidepresivos

Sistema	TCAs	IRSNs
Sistema digestivo	Constipación, boca seca, retención urinaria	Constipación, diarrea, boca seca, náusea, disminución del apetito
SNC	Trastornos cognitivos, mareo, somnolencia, sedación	Mareo, somnolencia
Cardiovascular	Hipotensión ortostática, palpitaciones	Hipertensión
Otro	Visión borrosa, caídas, trastornos en la marcha, sudoración	Enzimas hepáticas elevadas, glucosa en plasma elevada, sudoración

SNC= sistema nervioso central; TCA = antidepresivo tricíclico; IRSN= Inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina

Attal N, Finnerup NB. Pain Clinical Updates 2010; 18(9):1-8.

Manejo Farmacológico del Dolor Neuropático

PASO 1

Iniciar el tratamiento con uno o más tratamiento de **primera-línea**:

- Ligandos $\alpha_2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)
- IRSNs (duloxetina, Venlafaxina)
- TCAs* (nortriptilina, desipramina)
- Lidocaína tópica (para dolor periférico localizado)

PASO 2

- Si existe alivio parcial del dolor, agregue otro medicamento de 1°-línea
- Si existe alivio inadecuado (o ninguno) del dolor, cambie a otro medicamento de primera-línea

PASO 3

Si los medicamentos de 1°-línea solos y en combinación fallan, considere medicamentos de **segunda-línea** (opioides, tramadol) o medicamentos de **tercera línea** (bupropión, citalopram, paroxetina, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, topiramato, ácido valproico, capsaicina tópica, dextrometorfano, memantina, mexiletina) o refiera con un especialista en dolor

*Use TCAs de amina terciaria como amitriptilina sólo si los TCAs de amina secundaria no están disponibles

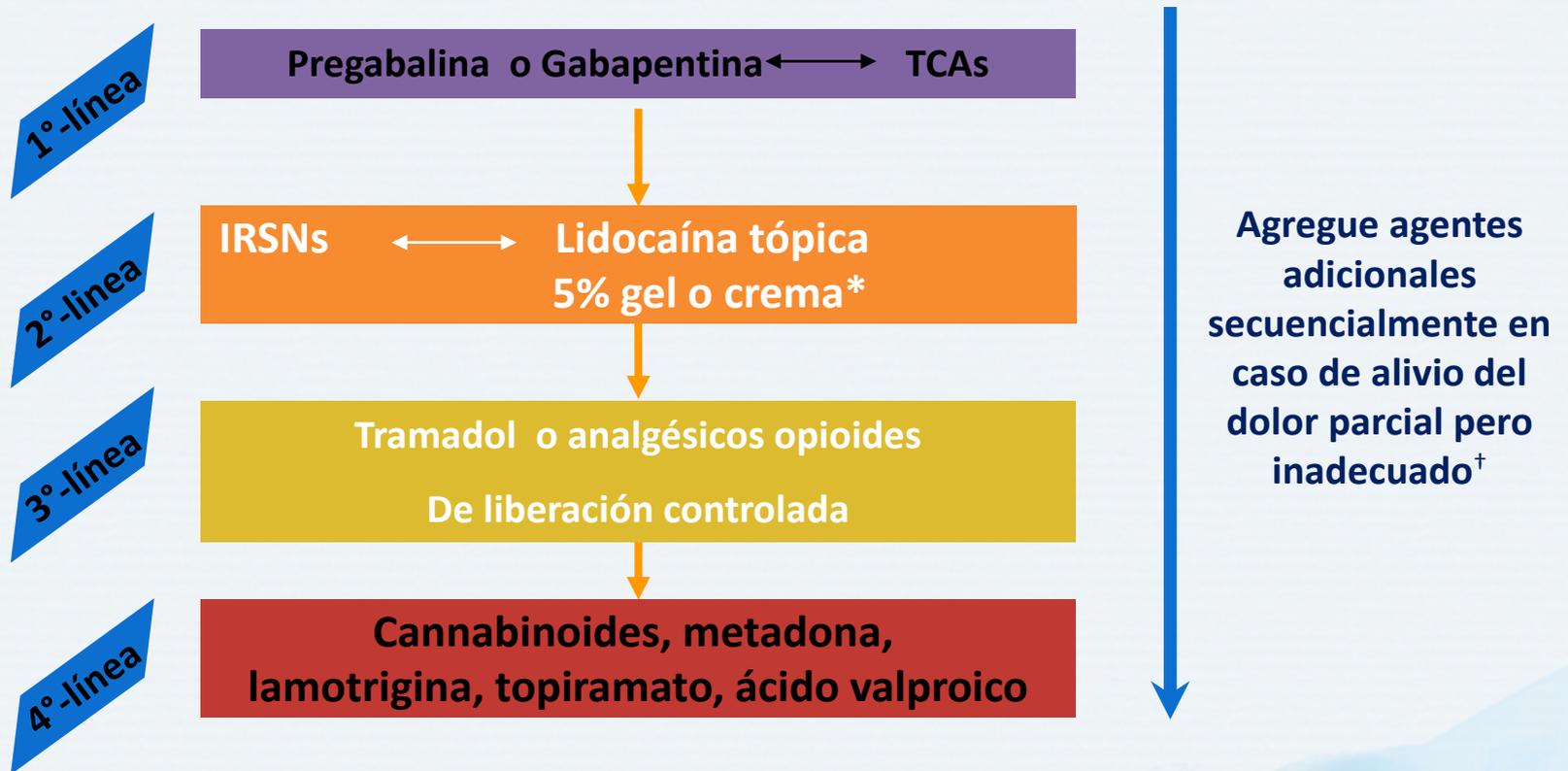
Nota: no hay soporte suficiente para el uso de AINEs en Dolor Neuropático

AINEs = drogas antiinflamatorias no-esteroides no específicas; IRSN= inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14; Freynhagen R, Bennett MI. *BMJ* 2009; 339:b3002.

Recomendaciones CPS para el Manejo Farmacológico del Dolor Neuropático

Manejo Farmacológico por Pasos de Dolor Neuropático



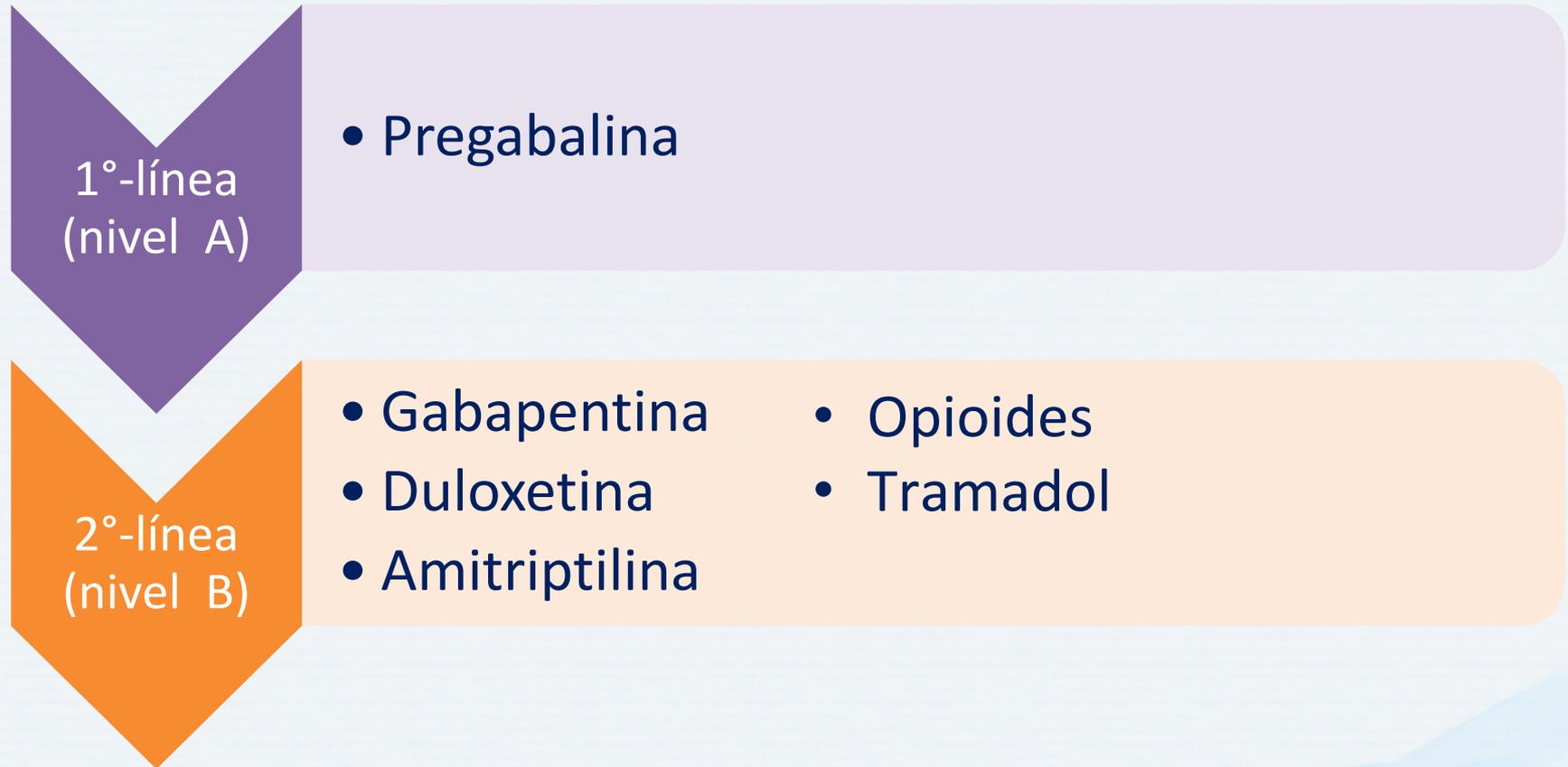
*Útil para neuropatía focal como neuralgia postherpética; †NO agregue IRSNs a TCAs.

CPS = Sociedad Canadiense de Dolor; TCAs = antidepresivos tricíclicos; IRSNs = inhibidores de recaptación de serotonina-norepinefrina

Adapted from Moulin DE *et al. Pain Res Manag.* 2007;12:13-21.



Guías AAN: Tratamiento Farmacológico de DPN Dolorosa



La AAN reconoce que las decisiones específicas de la atención son la prerrogativa del paciente y del médico que atiende al paciente, con base en todas las circunstancias involucradas.

Bril V, et al. *Neurology* 2011;76:1758-1765.



Guías AAN: Tratamiento Farmacológico de PHN

1°-línea
(nivel A)

- TCAs (Amitriptilina,* nortriptilina,** desipramina, maprotilina)
- Ligandos alfa-2-delta (Gabapentina, Pregabalina)
- Opioides
- Parches de lidocaína tópica
- Metilprednisolona intratecal libre de conservadores

*Amitriptilina tiene efectos cardiacos importantes en ancianos en comparación con nortriptilina y desipramina;

**Evidencia limitada (nivel B) soporta a nortriptilina sobre amitriptilina

Dubinsky RM *et al. Neurology* 2004;63(6):959-965.



Guías Latinoamericanas: Manejo Farmacológico de NeP

1°-línea

- Ligandos $\alpha 2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)
- TCAs (Amitriptilina)

2°-línea

- Antidepresivos duales (Duloxetina)

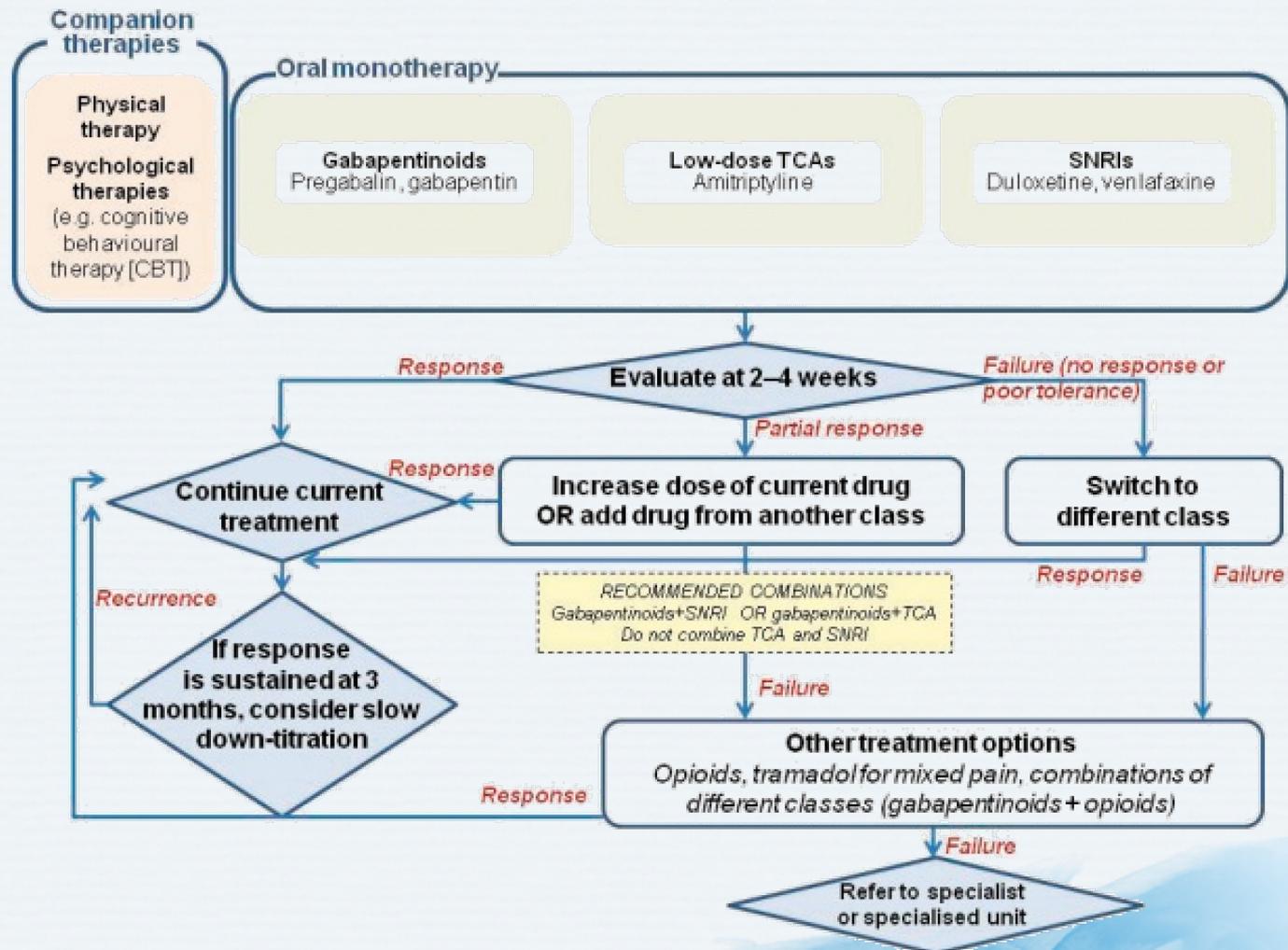
3°-línea

- Opioides débiles (tramadol)
- Anestésicos locales (lidocaína)

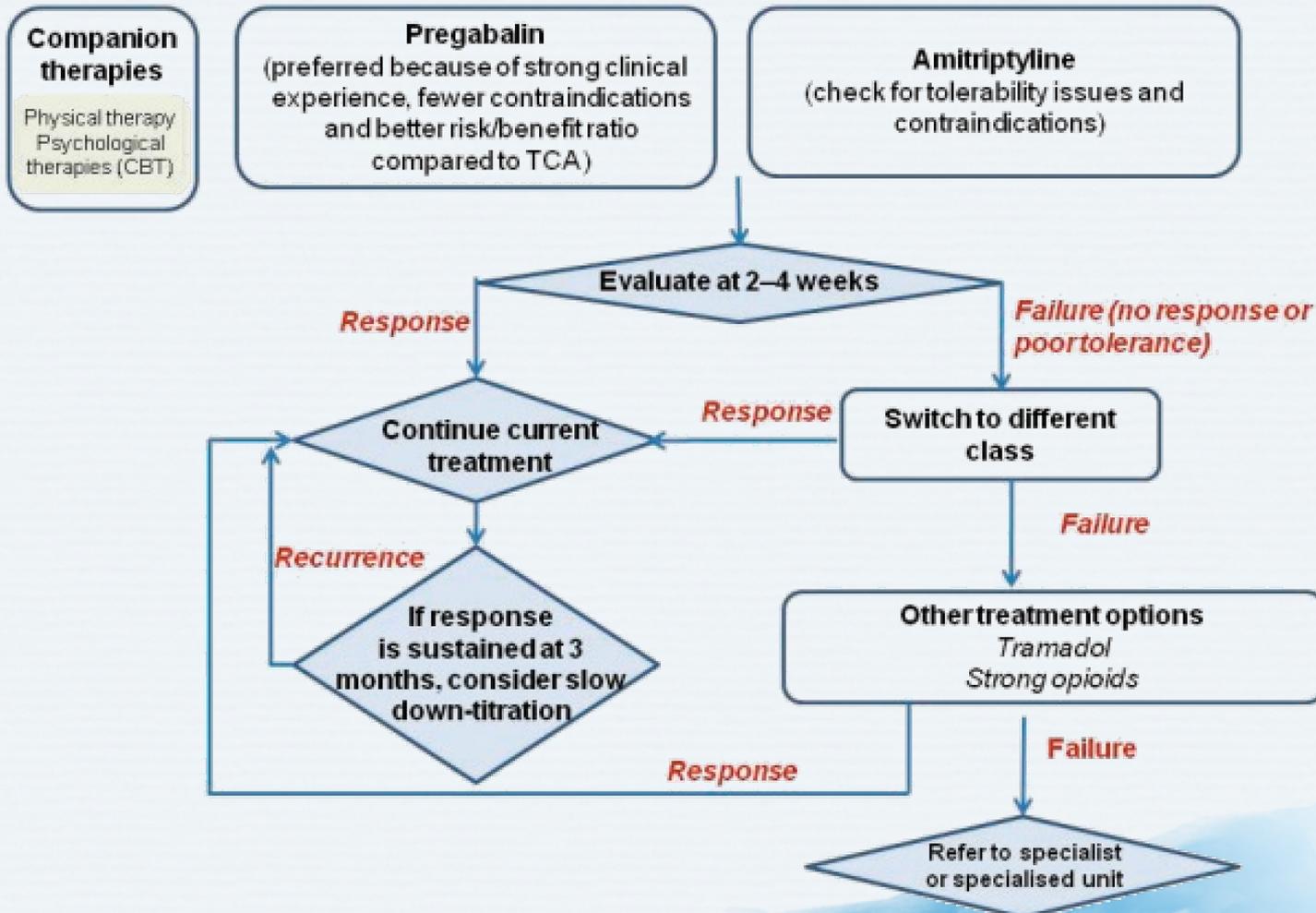
4°-línea

- IRSNs (fluoxetina), bloqueadores del canal de Na^+ (carbamazepina), inhibidores de la Sustancia P (capsaicina), Cannabinoides, Opioides fuertes (morfina)

Guías Sudafricanas: Algoritmo para el Tratamiento de NeP Periférico No-Localizado



Guías Sudafricanas: Algoritmo para el Tratamiento de NeP Central





Recomendaciones de Tratamiento para las Personas de Habla Francesa en el Magreb: Dolor Neuropático Periférico

1°-línea
(nivel A)

- Ligandos $\alpha 2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)
- TCAs
- Lidocaína tópica

2°-línea
(nivel B)

- IRSNs (Venlafaxina-XR o Duloxetina)
- Tramadol



Recomendaciones del Panel de Expertos de la Región de Medio Oriente:

Algoritmo de Tratamiento para NeP Periférico

Primera-Línea

Para NeP Periférico, trate con

- 1) Pregabalina o Gabapentina
- 2) TCA (nortriptilina o desipramina)

Para neuropatía focal como PHN, trate con:
Lidocaína tópica (parche o 5% gel o crema)



Segunda-Línea

- 1) IRSN (Duloxetina; Venlafaxina XR)
- 2) Tramadol u otro analgésico opiode (preferiblemente de liberación controlada)



Sin respuesta o respuesta parcial al tratamiento de 2°-línea



Referir a un especialista

Para pacientes con alivio del dolor parcial o inadecuado:
Puede agregar drogas adicionales
adicionales
(Pero NO combine IRSNs y TCAs)

*En pacientes con neuropatía postherpética focal con alodinia, o cualquier Dolor Neuropático Periférico asociado con alodinia en un área pequeña y localizada
NMMDA = N-metil-D-aspartato; PHN = neuralgia postherpética; IRSN= inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico; XR = liberación extendida



Recomendaciones de Tratamiento para NeP Central para la Región del Medio Oriente

1°-línea

- Ligandos $\alpha 2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)

Otros
tratamientos

- Opioides*
- IRSNs*
- TCAs

*El beneficio es aparentemente mucho menor que para NeP Periférico

NMDA = N-metil-D-aspartato; PHN = neuralgia postherpética; IRSN= inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Bohlega S et al. *J Int Med Res.* 2010;38(2):295-317.

Guías EFNS: Tratamiento Farmacológico de NeP

	DPN	PHN	Neuralgia Trigeminal	Dolor Central
1°-línea	<ul style="list-style-type: none">• Ligandos $\alpha 2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)• IRSNs (Duloxetina, Venlafaxina ER)• TCAs	<ul style="list-style-type: none">• Ligandos $\alpha 2\delta$ (Gabapentina, Pregabalina)• TCAs• Parches de lidocaína	<ul style="list-style-type: none">• Carbamazepina• Oxcarbazepina	<ul style="list-style-type: none">• Ligandos $\alpha 2\delta$ Gabapentin, Pregabalina)• TCAs
2° o 3°-línea	<ul style="list-style-type: none">• Opioides• Tramadol*	<ul style="list-style-type: none">• Capsaicina• Opioides	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía	<ul style="list-style-type: none">• Cannabinoides (MS)• Lamotrigina• Opioides• Tramadol (SCI)

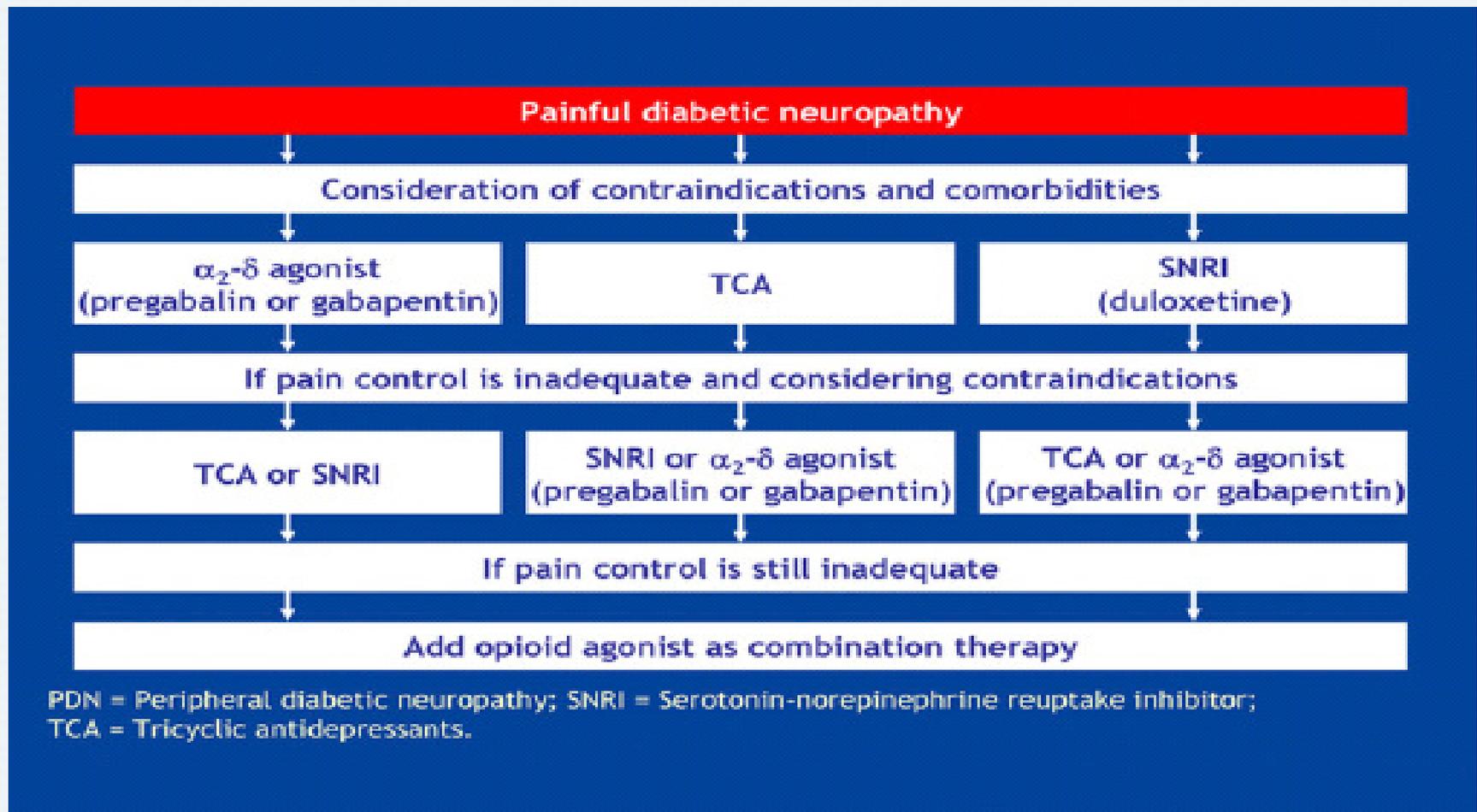
*Tramadol puede ser considerado Primera-Línea en pacientes con exacerbaciones agudas de dolor, especialmente para la combinación tramadol/acetaminofén.

Nota: Puede ser que no todos los tratamientos recomendados estén autorizados para la indicación. Quienes prescriben deben conocer las contraindicaciones y precauciones al usar ciertos agentes en ciertos pacientes (*ej:* ancianos).

DPN = Neuropatía Diabética Periférica; ER = liberación extendida; MS = esclerosis múltiple; NeP = Dolor neuropático; SCI = lesión a la médula espinal

Adapted from Attal N *et al. Eur J Neurol.* 2010;17(9):1113-e88.

Algoritmo de Tratamiento para DPN Dolorosa



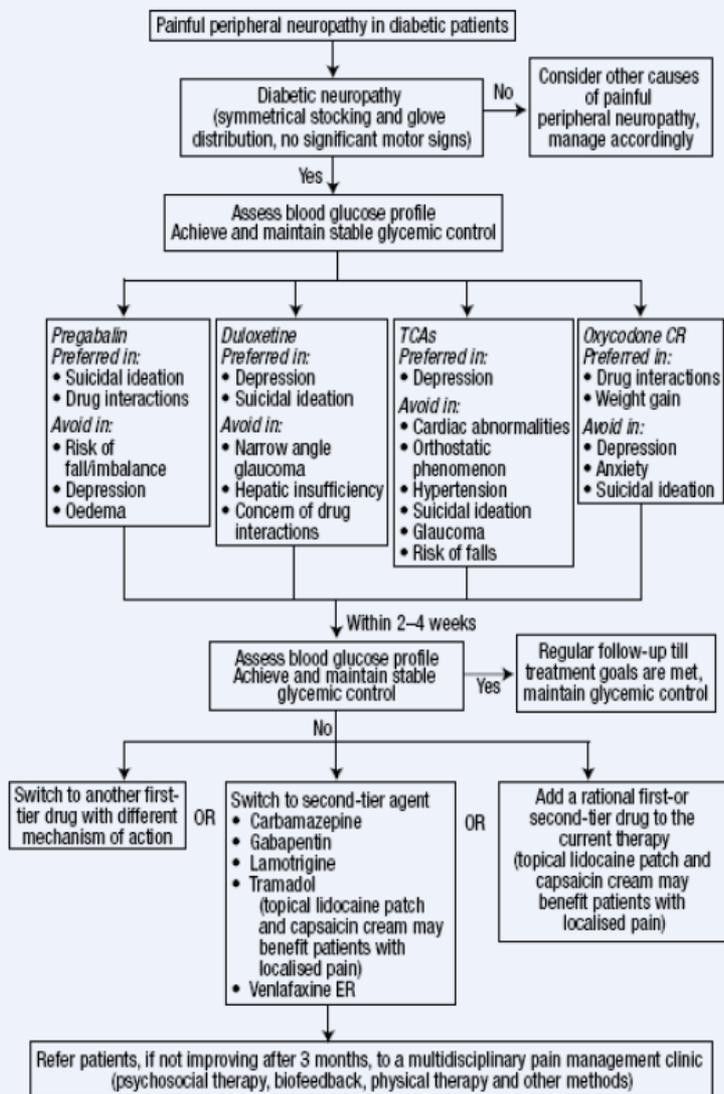
Selección de Drogas de Acuerdo con la Presentación Clínica del Dolor Neuropático

Medicamentos		Presentación Clínica del Dolor neuropático				
		Quemante	Lacerante	Hiperalgnesia	Alodinia	Parestesia, Disestesia
TCA	Amitriptilina	++	+/-	++	++	+
IRSN	Venlafaxina	+	+/-	+	+	+/-
	Duloxetina	++	+/-	++	+	+/-
Bloqueadores del canal de Na ⁺ :	Carbamazepina	+/-	++	+	+	+
	Oxcarbazepina	+/-	++	+	+	+
Ligandos $\alpha 2\delta$ canal de Ca ²⁺	Gabapentina	++	+/-	++	++	+
	Pregabalina	++	+/-	++	++	+
Opioides:	Tramadol	+	+/-	+	+	+
	Morfina	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

Selección de Drogas de Acuerdo con los Padecimientos que Causan Dolor Neuropático

Clase de Droga y Droga(s)	Tipo de Dolor neuropático				
	DPN	PHN	TGN	Dolor de Extremidad Fantasma	Dolor Central
TCA Amitriptilina	++	++	+/-	+	++
IRSN Venlafaxina	+	+	-	-	+/-
Duloxetina	++	+	-	-	+/-
Bloqueador del Canal de Na+ Carbamazepina	+/-	+/-	++	+	+
Oxcarbazepina	+/-	+/-	++	+	+
Ligando $\alpha 2\delta$ Canal de Ca^{2+} Gabapentina	++	++	+/-	+	+
Pregabalina	++	++	+/-	+	+
Opioide Tramadol	+	+	-	+/-	+/-
Morfina	+/-	+/-	-	+/-	+/-

Guías de Manejo del Dolor de Singapur para DPN Dolorosa



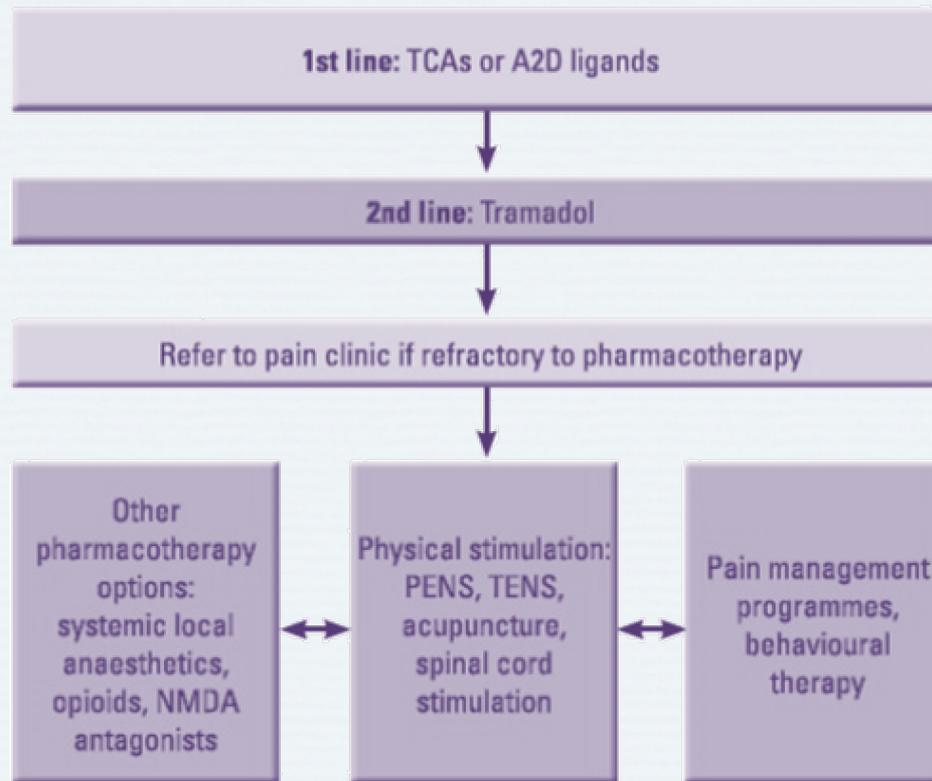


Recomendaciones del tratamiento de PDN: Filipinas

<i>Tipo de agente</i>	<i>Razón de la recomendación</i>	<i>Agentes</i>
Primer nivel	≥2 RCTs sobre PDN, resultados funcionales	Pregabalina, Gabapentina, Duloxetina
Segundo nivel	1 RCT sobre PDN; ≥1 RCT sobre otras neuropatías dolorosas	Venlafaxina XR, Oxiconona CR, Tramadol, Amitriptilina
Tópico	Mecanismo de acción	Lidocaína
Otro	Evidencia insuficiente para cualquier recomendación	Ácido alfalipoico, complejo de Vitamina B, ISRSs, capsaicina

RCTs, estudios aleatorizados controlados; PDN, neuropatía diabética dolorosa; XR, liberación extendida; CR, liberación controlada; ISRSs, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina. Venlafaxina no está aprobada para el tratamiento de dolor neuropático.

Panel Multidisciplinario de Hong Kong sobre Dolor Neuropático: Recomendaciones de Tratamiento para DPN Dolorosa



Recomendaciones de Prescripción para medicamentos de 1°-línea

Medicamento	Dosis Inicial	Titulación	Dosis máxima	Duración del estudio
Ligandos $\alpha_2\delta$				
Gabapentina	100–300 mg al acostarse o tid	↑ por 100–300 mg tid cada 1–7 días	3600 mg/día	3–8 semanas + 2 semanas a la dosis máx.
Pregabalina	50 mg tid o 75 mg bid	↑ a 300 mg/día después 3–7 días, luego por 150 mg/día cada 3–7 días	600 mg/día	4 semanas
IRSNs				
Duloxetina	30 mg qd	↑ a 60 mg qd después 1 semana	60 mg bid	4 semanas
Venlafaxina	37.5 mg qd	↑ por 75 mg cada semana	225 mg/día	4–6 semanas
TCA (desipramina, nortriptilina)	25 mg al acostarse	↑ por 25 mg/día cada 3–7 días	150 mg/día	6–8 semanas , con ≥ 2 semanas a la dosis máx. tolerada
Lidocaína tópica	Max. 3 5% parches/día por 12 h máx.	No se requiere	Max. 3 parches/día por 12–18 h máx.	3 semanas

IRSN= inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina; TCA = antidepresivo tricíclico

Dworkin RH et al. *Mayo Clin Proc* 2010 ; 85(3 Suppl):S3-14.



Pero... Los pacientes con Dolor Crónico de Solo Un Tipo de Patofisiología del Dolor Pueden ser Raros

- Los pacientes pueden tener diferentes mecanismos patofisiológicos que contribuyan a su dolor
 - ej: el síndrome de dolor regional complejo tiene varios mecanismo potenciales, incluyendo lesión del nervio e inflamación– “estado de dolor mixto”



- Las terapias que funcionarán mejor para un paciente particular tienden a depender de los mecanismos que contribuyen al dolor del paciente

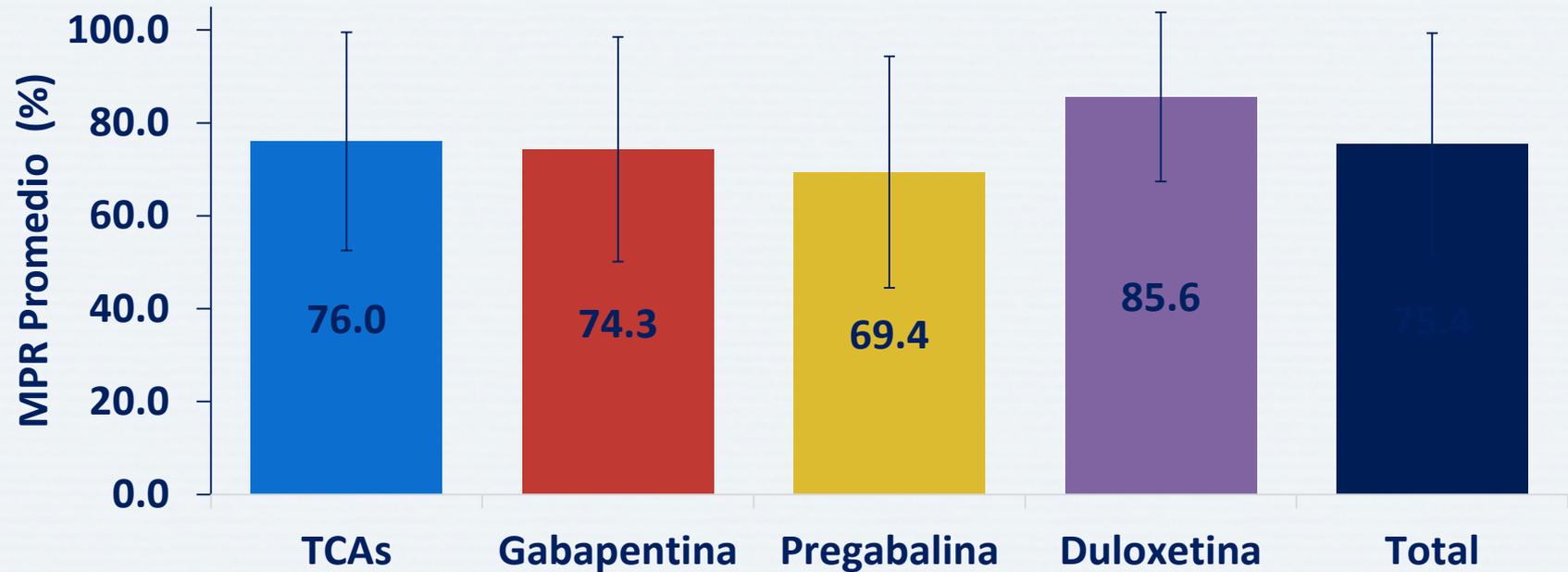


- Los pacientes con dolor mixto pueden beneficiarse de la terapia combinada

Apego

A decorative blue watercolor splash is located in the bottom right corner of the page, featuring various shades of blue and white.

El Apego a los Medicamento para Dolor Neuropático es Sub-óptimo en Pacientes con DPN Dolorosa



La falta de apego al Medicamento para NeP (i.e., MPR <80%) estuvo considerablemente asociada con la falta de apego a las terapias anti-hiperglucémicas orales



Estrategias para Mejorar el Apego

Simplificar el régimen

Impartir conocimiento

Modificar las creencias del paciente y el comportamiento humano

Proporcionar comunicación y confianza

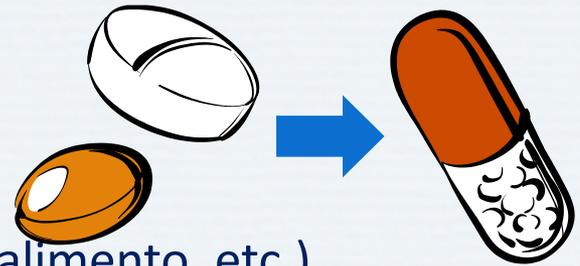
Lease the bias (eliminar el sesgo)

Evaluar el apego

Simplificar el Régimen de Administración

- Si es posible, ajuste el régimen para minimizar:

- El número de píldoras que se deben tomar
- El número de dosis al día
- Requerimientos especiales (ej: tomar antes de ir a dormir, evitar tomar medicamentos con alimento, etc.)



- Recomendar tomar todos los medicamentos a la misma hora del día (si es posible)
- Asociar la toma del medicamento con las actividades cotidianas como lavarse los dientes o comer
- Motivar el uso de auxiliares del apego como organizadores de medicinas y alarmas



Impartir Conocimiento

- Proporcionar instrucciones claras, concisas (escritas y verbales) para cada prescripción
- Asegurarse de proporcionar información a un nivel que el paciente pueda entender
- Involucrar a los miembros de la familia si es posible
- Proporcionar folletos y/o sitios de internet confiables para tener acceso a información sobre su padecimiento
- Proporcionar asesoría concreta sobre cómo lidiar con los costos del medicamento



Modificar las Creencias y Comportamientos del Paciente: Técnica de Entrevista Motivacional

Técnicas

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancia
- Evitar la resistencia
- Apoyarla auto-eficacia

Ejemplos

- “Es normal preocuparse acerca de los efectos secundarios del medicamento”
- “Obviamente le interesa su salud; ¿cómo cree que la afecta el que no se tome su medicina?”
- “Entiendo que tiene muchas otras cosas de qué preocuparse además de tomar su medicamento”
- “Suenan como que ha hecho grandes esfuerzos para incluir su nuevo medicamento en su rutina diaria”



Brindar Comunicación y Confianza: Sugerencia sobre Comunicación

- Escuchar activamente
 - Enfocarse en el paciente
 - Asentir y sonreír para para mostrar que entendimos
- Hacer contacto visual



- Estar consciente de nuestro lenguaje corporal
 - Ver al paciente a la cara
 - No cruzar los brazos
 - Sacar las manos de los bolsillos
- Reconocer e interpretar las pistas no verbales



Eliminar el Sesgo

Reconocer los sesgos



Aprender más acerca de cómo la baja alfabetización sobre la salud puede afectar los resultados del paciente



Preguntar específicamente sobre actitudes, creencias y normas culturales con respecto a su medicación



Adaptar la comunicación a las creencias y nivel de comprensión del paciente



Evaluando el Apego: Estrategia de 4-Pasos para Detectar la Falta de Apego

- 1 Hacer una pregunta abierta sobre la toma de medicinas
- 2 Normalizar y universalizar la falta de apego para revertir el ambiente crítico
- 3 Explicar claramente el rol de la información precisa sobre el apego en la toma de decisiones médicas
- 4 No preguntar sobre “olvidar” u “omitir” dosis hasta que los 3 primeros pasos hayan sentado las bases

Resumen





Manejo: Resumen

- Se deben establecer metas realistas del tratamiento junto con el paciente
- La mayoría de las guías de tratamiento consideran a los TCAs y a los ligandos $\alpha_2\delta$ como terapia de primera-línea para la mayor parte de los tipos de NeP
 - La lidocaína tópica también debe ser considerada para neuropatía focal
 - Las recomendaciones de la guía difieren con respecto al uso de IRSNs, opioides y tramadol en varios tipos de NeP
- Tratamientos no-farmacológicos deben ser considerados como tratamiento complementario de la terapia farmacológica cuando sea apropiado
 - TENS en la única modalidad de tratamiento no-farmacológicos recomendada por la mayoría de las guías