

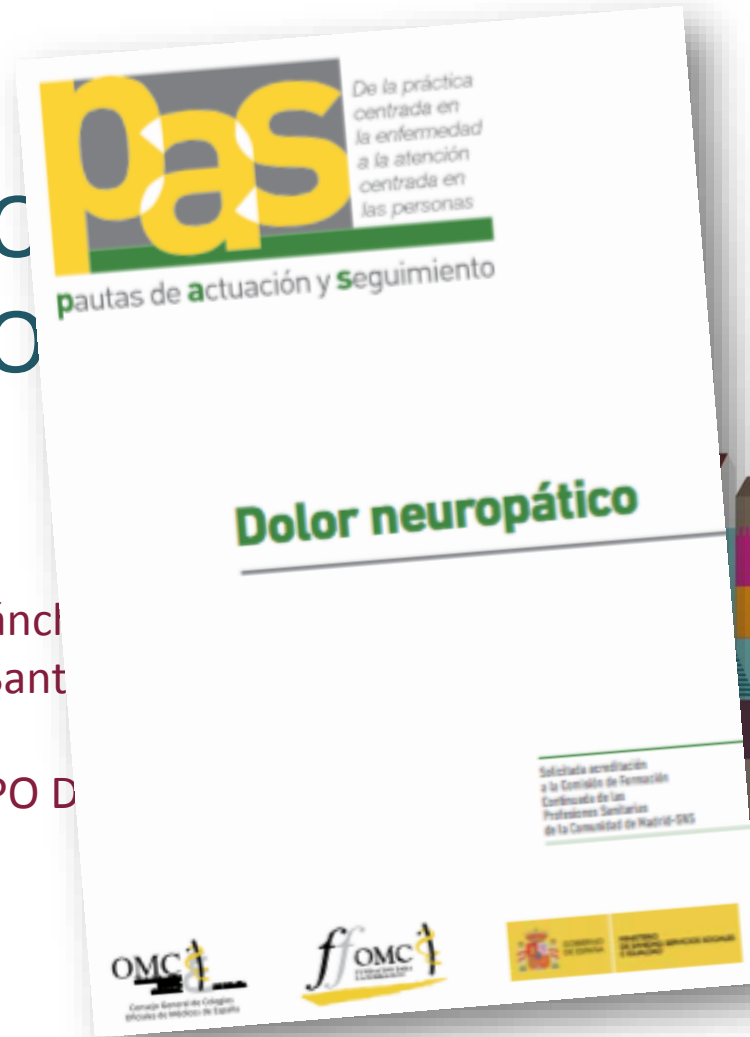
XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia

GRA  
NA  
DA 2016  
26-28 MAYO



SEMG  
Sociedad Española de Médicos  
Generales y de Familia

# PAS DO NEURO



Dra. Juana Sánci  
Dra. Fátima Sant

GRUPO D



# ¿Para que?

Mejorar las competencias

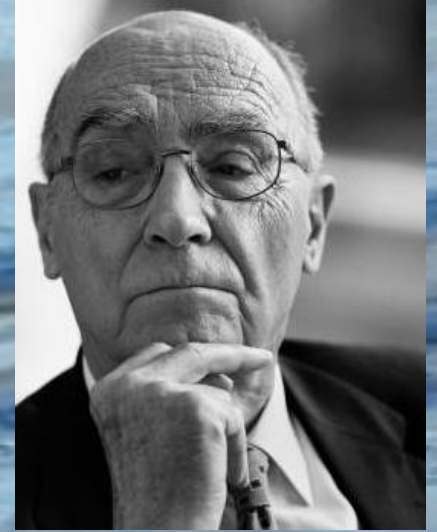
Recomendaciones

Criterios

Adecuada toma de decisiones

Práctica clínica diaria





*“La alegría y el dolor no son como el aceite  
y el agua, sino que coexisten”*

*Jose Saramago*

# ¿Por qué?

## Dónde vemos por primera vez el dolor neuropático es en Atención Primaria

- El dolor neuropático frecuentemente es infra diagnosticado e

El Médico de Atención Primaria puede valorar y diagnosticar correctamente el dolor neuropático (DN)

- Frente a la sospecha de dolor neuropático, la evaluación debe considerar la historia y examen clínico, el diagnóstico de la enfermedad o evento causal y la evaluación del impacto del dolor sobre la funcionalidad.<sup>(4)</sup>

1. Vadalouca A, Siafaka I, Argyra E, Vrachnou E, Moka E. Therapeutic management of chronic neuropathic pain. An examination of pharmacologic treatment. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1088:164-86.
2. Torrance N, Smith BH, Watson MC, Bennett M. Medication and treatment use in primary care patients with chronic pain of predominantly neuropathic origin. Fam Pract 2007; 24: 481-5.
3. Correa-Illanes G. Dolor Neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. Rev. Med. Clin. Condes 2014; 25(2) 189-199]
4. IASP. Diagnosis and classification of neuropathic pain. Pain Clinical Updates 2010; 18: 1-5.

# ¿de que hablamos?

## IASP 1994 [1]

**Dolor iniciado o causado por una lesión primaria o una disfunción en el sistema nervioso (SN).**

## Treede et al. 2007 [2]

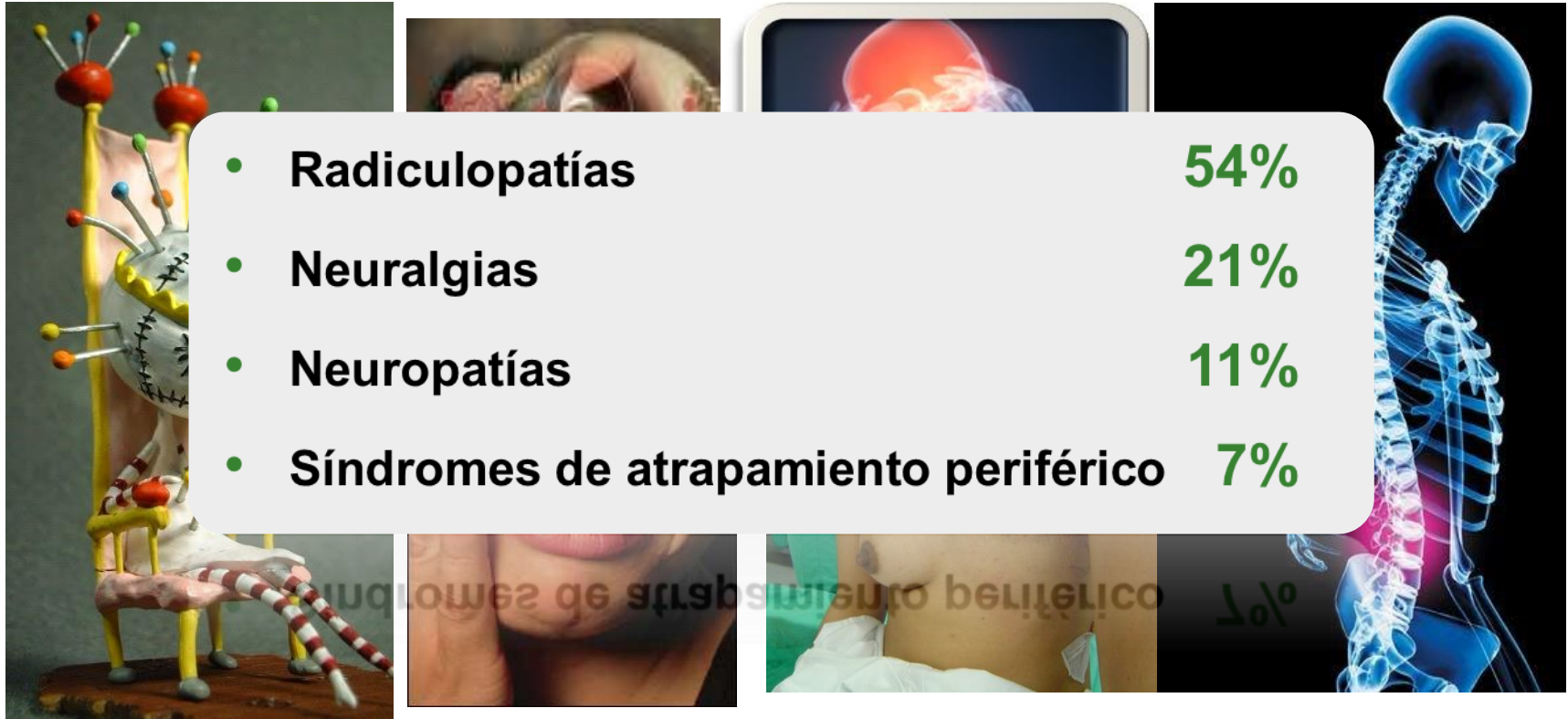
**Dolor que se alcanza como consecuencia de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial.**

1. Merskey H, Bogduk N. Seattle: IASP Press 1994.
2. Treede RD et al. Neurology. 2007; Nov 14.

15-25% de las personas con dolor crónico

20% de los pacientes con esclerosis múltiple

50% de los que presentan lesión medular

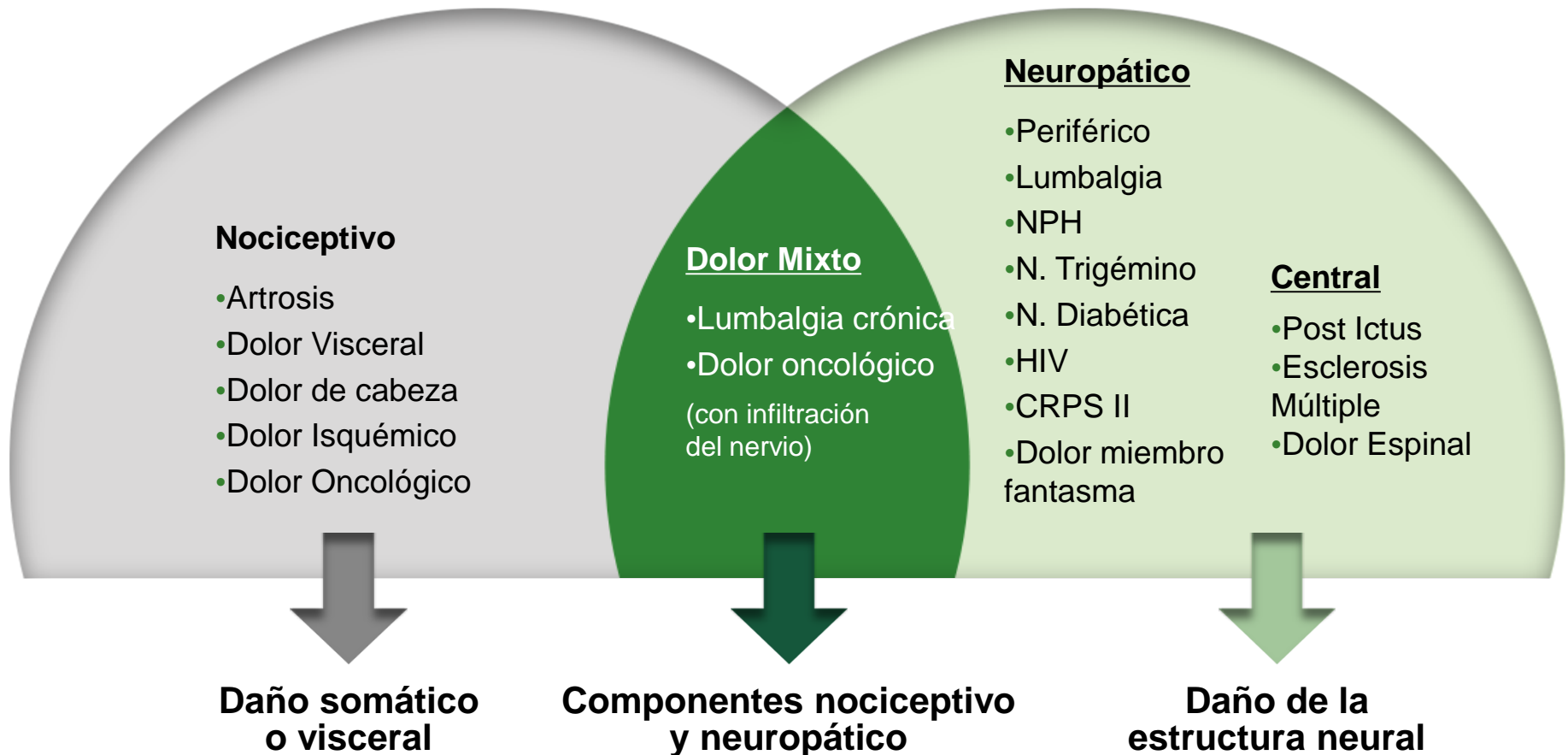


37% de las personas que acuden a consultorios de atención primaria con dolor lumbar crónico

26% de las personas con diabetes

60% de los que han sufrido una amputación

# Causas





Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud

Estado de salud de la población

Indicadores de Atención Primaria

Indicadores de hospitales

Martes 10 de mayo de 2016

Inicio Ayuda

< Volver | Está en: > Indicadores de Atención Primaria > Ficha Indicador

A- | A | A+

Ficha Indicador



Satisfacción con el tratamiento para el dolor

El abordaje del dolor constituye un reto importante para las organizaciones sanitarias. Este indicador valora la satisfacción de los usuarios de atención primaria con el tratamiento del dolor, aspecto clave para desarrollar acciones de mejora en la atención sanitaria.

Descripción del indicador

Este indicador muestra el porcentaje de pacientes en atención primaria que manifiestan haber tenido dolor en el último mes y están satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento del mismo.

La valoración del grado de satisfacción con el tratamiento del dolor se realiza mediante una escala de 5 categorías, desde 1 "Muy insatisfecho" hasta 5 "Muy satisfecho". Este indicador se comienza a valorar en el año 2014.

Fuente de datos

Encuesta de satisfacción a usuarios de los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud.

Descargar informe metodológico

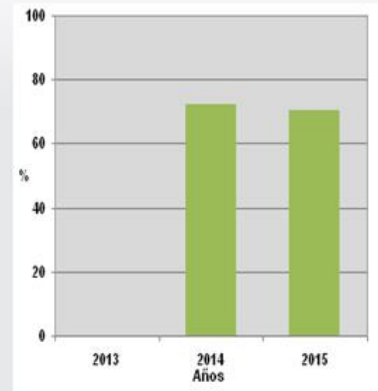
Resultados

En 2015, un 35% de los pacientes de atención primaria manifiestan tener dolor en el último mes, con una satisfacción con el tratamiento del mismo de un 70,5%. Estos resultados son similares a los del 2014, con una satisfacción del 72,3% y un 44,7% de pacientes que manifestaron tener dolor en el último mes.

Un 75% de los centros de salud presentan una satisfacción con el tratamiento del dolor por encima del 64,7%, con una satisfacción máxima de 95,7% y una mínima de 41,7%.

Fecha de actualización: marzo 2016

2013	2014	2015
	72,32%	70,46%



Comparar por centros de salud

Todos los centros

Volver al listado de indicadores





"Ya me he diagnosticado yo mismo por internet.  
Solo estoy aquí para una segunda opinión."

GRANA  
DA 2016  
26-28 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia



# ¿Por qué es tan importante?

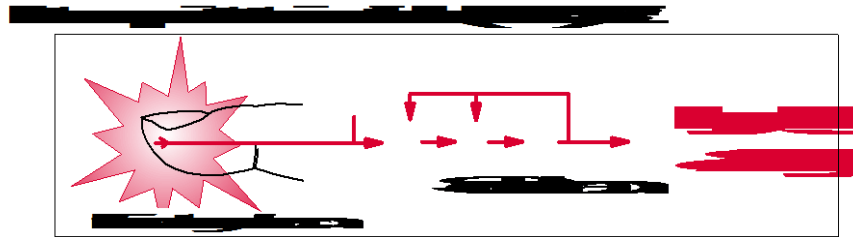
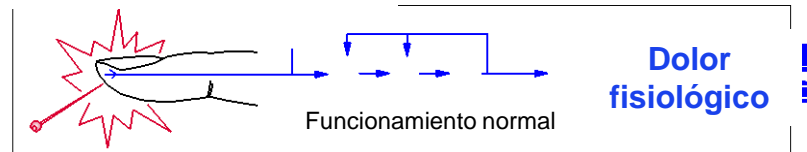


65% trastornos del SUEÑO  
55% FALTA de energía  
40% SOMNOLENCIA diurna  
35% dificultad de  
CONCENTRACIÓN  
35% DEPRESIÓN  
27% ANSIEDAD

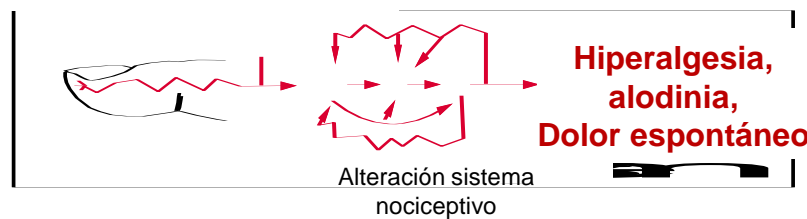
6,9% - 10%

# ¿en que consiste?

Estímulo nociceptivo agudo



Cronificación



Pensemos en fisiopatología  
Pensemos en farmacología

Sensibilización central

NEUROMODULADORES

- Gabapentina
- Pregabalina
- Amitriptilina
- Duloxetina
- Lidocaina
- Capsaicina

CENTRAL

Terapias físicas: ejercicio,  
relajación  
Terapias psicológicas: TCC/TCO

- Sustancia P
- Glutamato
- CGRP
- Mediadores inflamación:



- ADT
- ANTICONVULSIVANTES
- OPIOIDES
- TRAMADOL
- IRSN
- TENS
- ACUPUNTURA

MEDULA ESPINAL

- GABA y Glicina
- Endorfinas
- Serotonina y Noradrenalina
- Adenosina



Anestesia Epidural

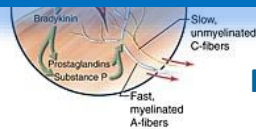
PERIFERICO

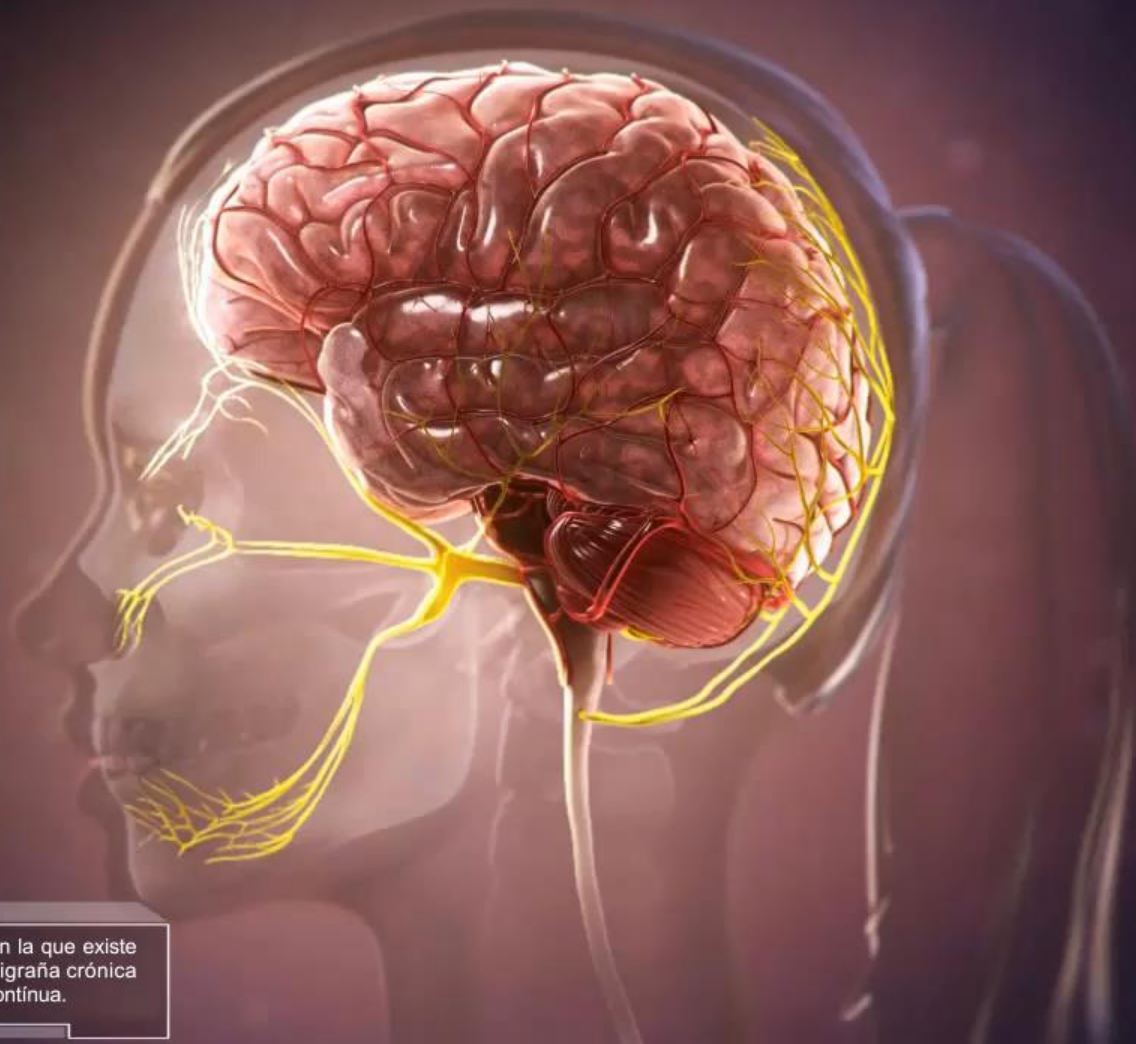
- CORTICOIDES
- AINES
- ANESTESICOS  
LOCALES
- CAPSAICINA

- Morfina
- Oxicodona
- Oxicodona+Naloxona
- Fentanilo
- Buprenorfina
- Hidromorfona
- Tapentadol

Sensibilización periférica

Mayor y más prolongada percepción del dolor





En comparación con la migraña episódica, en la que existe sensibilización central intermitente, en la migraña crónica es posible que exista sensibilización central continua.





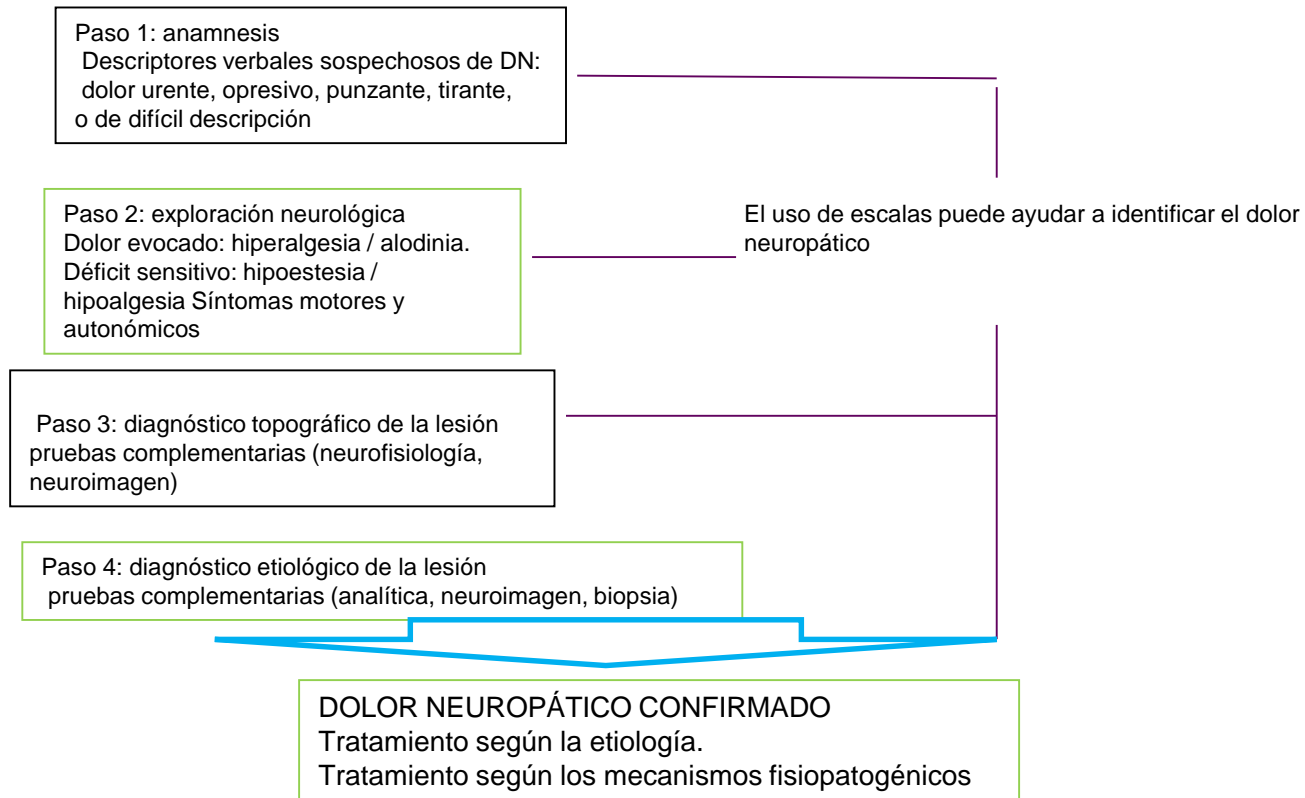
¿si es tan complejo que puedo hacer yo con el agobio que tengo?





*[Handwritten signature]*

# ALGORITMO DIAGNÓSTICO





# Primer paso: ANAMNESIS

## Signos y Síntomas

### Positivos

### Negativos

#### Espontáneos

#### Evocados

Parestesias  
Paroxismo

Hiperalgnesia  
Alodinia:  
Hiperpatia

Hipoalgnesia  
Hipoestesia  
Anestesia  
Palhipoestesia  
Termhipoestesia

*Dolor tipo descarga eléctrica, ráfaga de corriente, fagonazo.*

*"Sensación de quemazón, calor, ardiente, frialdad".*

*"Hormigueos. Picores. Zona dormida, entumecida. Pinchazos, agujetas, tirantez, opresión.*

*"Corte, lacerante, incisión, fulgurante"*

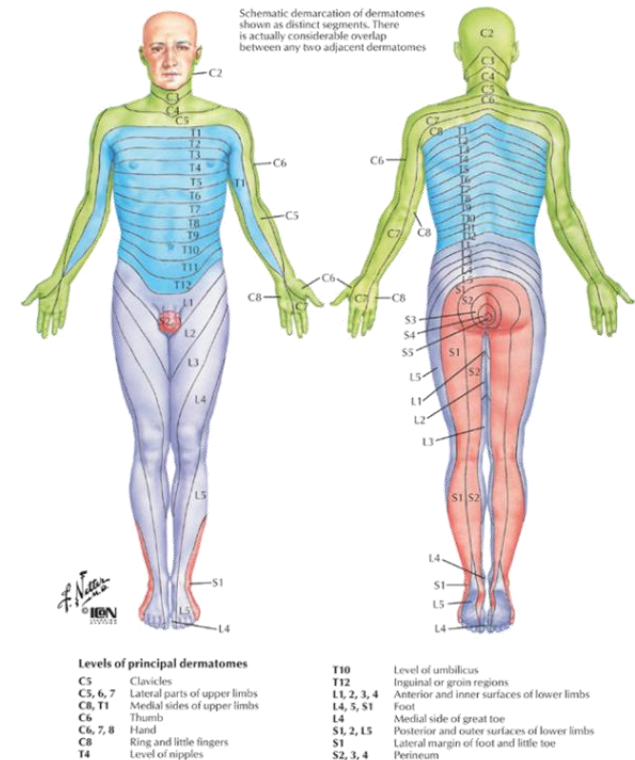


# Dolor neuropático Diagnóstico

- **Localizar la lesión:  
Examen neurológico**

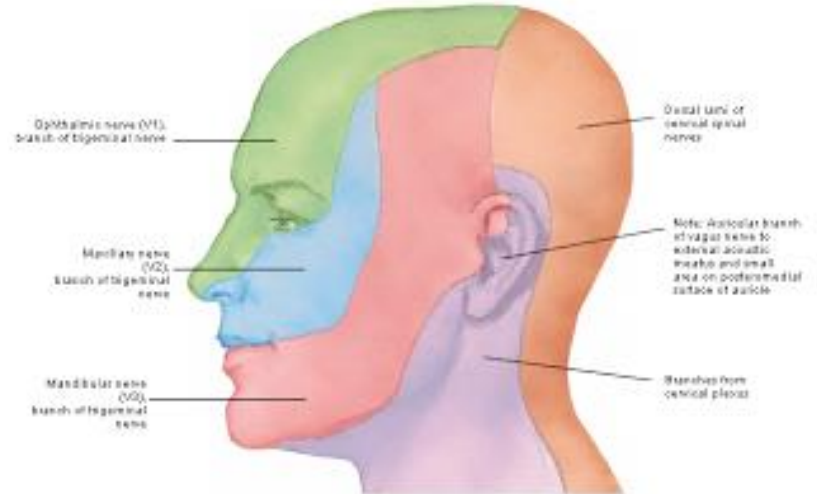
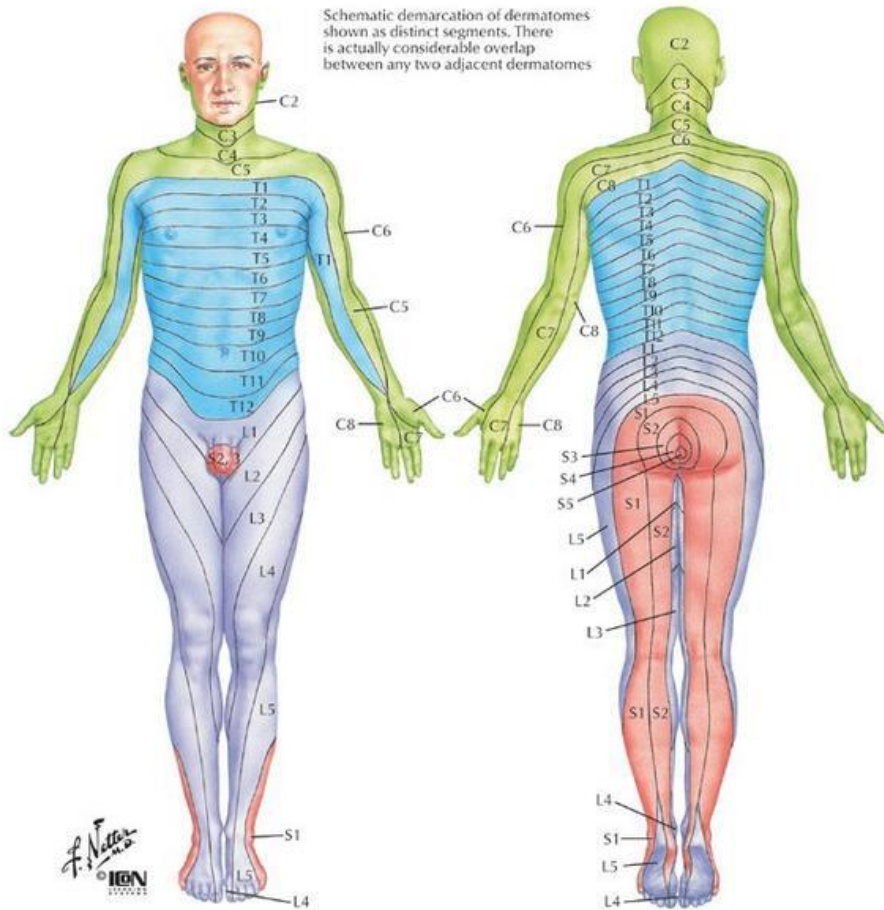
El examen clínico permite establecer la concordancia entre la historia, la distribución del dolor y otros signos neurológicos, y con ello un diagnóstico posible de dolor neuropático.

Identificar una enfermedad o lesión del sistema nervioso se basa en la búsqueda sistemática de anomalías neurológicas en el examen físico.









**Levels of principal dermatomes**

- C5 Clavicles
- C5, 6, 7 Lateral parts of upper limbs
- C8, T1 Medial sides of upper limbs
- C6 Thumb
- C6, 7, 8 Hand
- C8 Ring and little fingers
- T4 Level of nipples

- T10 Level of umbilicus
- T12 Inguinal or groin regions
- L1, 2, 3, 4 Anterior and inner surfaces of lower limbs
- L4, 5, S1 Foot
- L4 Medial side of great toe
- S1, 2, L5 Posterior and outer surfaces of lower limbs
- S1 Lateral margin of foot and little toe
- S2, 3, 4 Perineum



**Cuestionario DN4**  
para la detección del Dolor Neuropático

**CUESTIONARIO**

Por favor, en las 4 preguntas de abajo, complete el cuestionario marcando una respuesta para cada número:

**ENTREVISTA CON EL PACIENTE**

Pregunta 1: ¿Tiene el dolor una o más de las siguientes características?

	Sí	No
1. Quemazón		
2. Sensación de frío doloroso		
3. Descargas eléctricas		

Pregunta 2: ¿Se asocia el dolor con uno o más de los siguientes síntomas en la misma zona?

	Sí	No
4. Hormigueo		
5. Sensación de alfileres y agujas		
6. Entumecimiento		
7. Picazón		

**EXAMEN DEL PACIENTE**

Pregunta 3: ¿Está el dolor localizado en una zona donde el examen físico puede mostrar una o más de las siguientes características?

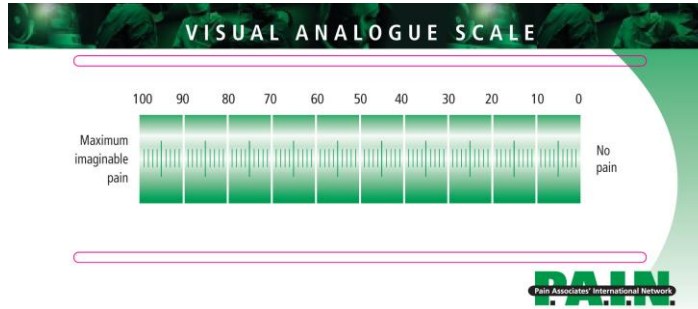
	Sí	No
8. Hipoestesia al tacto		
9. Hipoestesia a los pinchazos		

Pregunta 4: En la zona dolorosa, el dolor puede ser causado o incrementado por:

	Sí	No
10. Cepillado		

Suma de todos los puntos positivos. Puntuación del paciente:

**INTERPRETACIÓN:** Se confirma el diagnóstico y se considera caso de estudio si la puntuación es mayor o igual a 3/10



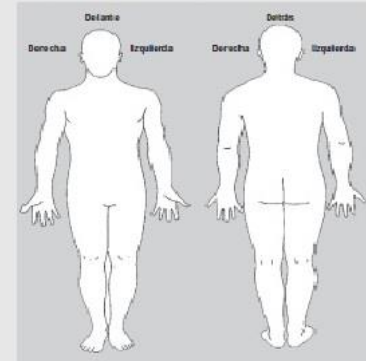
**Cuestionario de Detección de Dolor Neuropático®**

(Versión española del cuestionario ID-PAIN® de Portenoy)<sup>1,2</sup>

1. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su dolor.

- a. ¿Tiene dolor?  Sí  No  
 b. ¿Tiene algún dolor **aparte** de dolor de cabeza o migraña?  Sí  No

2. Señale en la figura las zonas donde le duele



3. Marque **Sí** o **No** según haya sido su dolor en la última semana. Refiérase a las zonas marcadas en la figura anterior.

- a. ¿Ha notado el dolor como pinchazos?  Sí  No  
 b. ¿Ha notado el dolor como quemazón?  Sí  No  
 c. ¿Ha notado el dolor como acorchamiento?  Sí  No  
 d. ¿Ha notado el dolor como descargas eléctricas?  Sí  No  
 e. ¿Empeora el dolor con el roce de la ropa o las sábanas?  Sí  No  
 f. ¿El dolor es sólo en las articulaciones?  Sí  No

Muchas gracias por su colaboración



# Dolor neuropático Diagnóstico

- **Localizar la lesión: Examen neurológico**

La evaluación sensitiva, guiada por la historia de localización del dolor incluye la evaluación funcional de diferentes fibras sensitivas con herramientas sencillas como un trozo de algodón, cepillo, mondadientes y diapasón. Los hallazgos en el área dolorosa son comparados con hallazgos en el área contralateral en caso de dolor unilateral y en otros sitios en el eje proximal-distal en dolor bilateral.



Adicionalmente al examen sensitivo, el clínico debe realizar una evaluación motora (fuerza muscular, tono, coordinación y fluidez del movimiento), examen de los reflejos tendinosos y nervios craneanos y evaluación del sistema nervioso autónomo periférico (calor y color de la piel, función sudomotora).

# Dolor neuropático. Diagnóstico

- Escalas de detección de DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO  
Screening Tool: 4 Puntos

## DIAGNÓSTICO\*

Principal motivo de consulta

	SI	No
1. ¿La historia del paciente sugiere una lesión o enfermedad nerviosa relevante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del posible nervio afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿La zona dolorosa está delimitada y es menor que una hoja de tamaño A4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 x SI → al menos dolor neuropático probable  
4 x SI → al menos dolor neuropático localizado probable

\*ver también el algoritmo detallado en la página 7

## 1. ANAMNESIS

¿La historia del paciente sugiere una lesión o enfermedad nerviosa relevante?

Tres ejemplos frecuentes

Neuralgia postherpética



Enfermedades metabólicas



Lesión traumática de un nervio

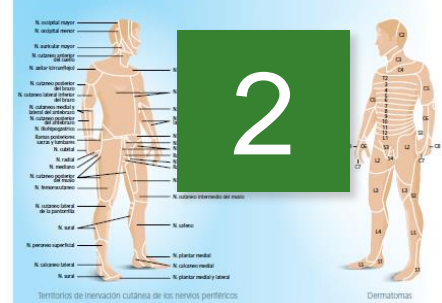


1

## 2. ANATOMÍA

¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?

Síntomas dolorosos y alteraciones sensitivas



## 3. PRUEBAS: EVALUACIÓN SENSITIVA

¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del nervio afectado?

Empiezar la exploración por una región corporal alejada de las zonas dolorosas (p. ej., la mano si hay discromatomas en los pies) como referencia.

Zona de estudio - área de dolor máximo indicada por el paciente (si < hoja A4 - localizado)

Repetir cada estímulo tres veces. Clasificar la respuesta como normal, disminuida o aumentada (respuesta cuantitativa).

Pedir al paciente, inmediatamente después del último estímulo, que evalúe el dolor utilizando la escala del dolor de 4 ítems: 0 = ningún espontánea con el contacto 1 = sensación desagradable, pero tolerable 2 = doloroso 3 = muy doloroso, el paciente no puede soportar el contacto

Inicio de la exploración: Tacto (Hoja de algodón), Puntos (Moneda), Vibración (Dispositivo de 128 Hz), Calor (Fogonilla), Presión (Impermeabilizador de agua/mantillo de refugio/estetoscopio), Presión (Impermeabilizador/Microfilamento).

3

## 4. EXTENSIÓN DE LA ZONA MÁS DOLOROSA

¿Está circunscrita la zona más dolorosa y es más pequeña que una hoja de tamaño A4?

Considerar los aspectos individuales del paciente:

Examen de laboratorio en sangre:

- Glucosa (e.g. HbA1c)
- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Pruebas de función renal
- Pruebas de función hepática

Pruebas: evaluar la remisión al especialista, estudios de imagen o de pruebas diagnósticas: EMG, Prueba de conducción nerviosa, Prueba de conducción.

Tratamientos médicos previos como recomendados del DNI:

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Chirurgía
- Otros, como antibióticos.

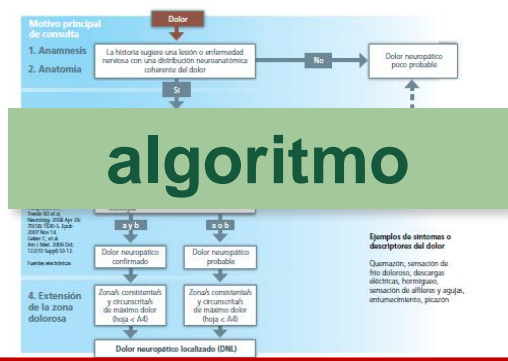
En caso de progresión de la enfermedad, considerar derivar al especialista sin esperar los resultados de las pruebas de laboratorio o de imagen.

Para las opciones de tratamiento, ver en las recomendaciones locales.

4

## PUEDEN ESTAR INDICADAS OTRAS PRUEBAS ETIOLÓGICAS

## ALGORITMO



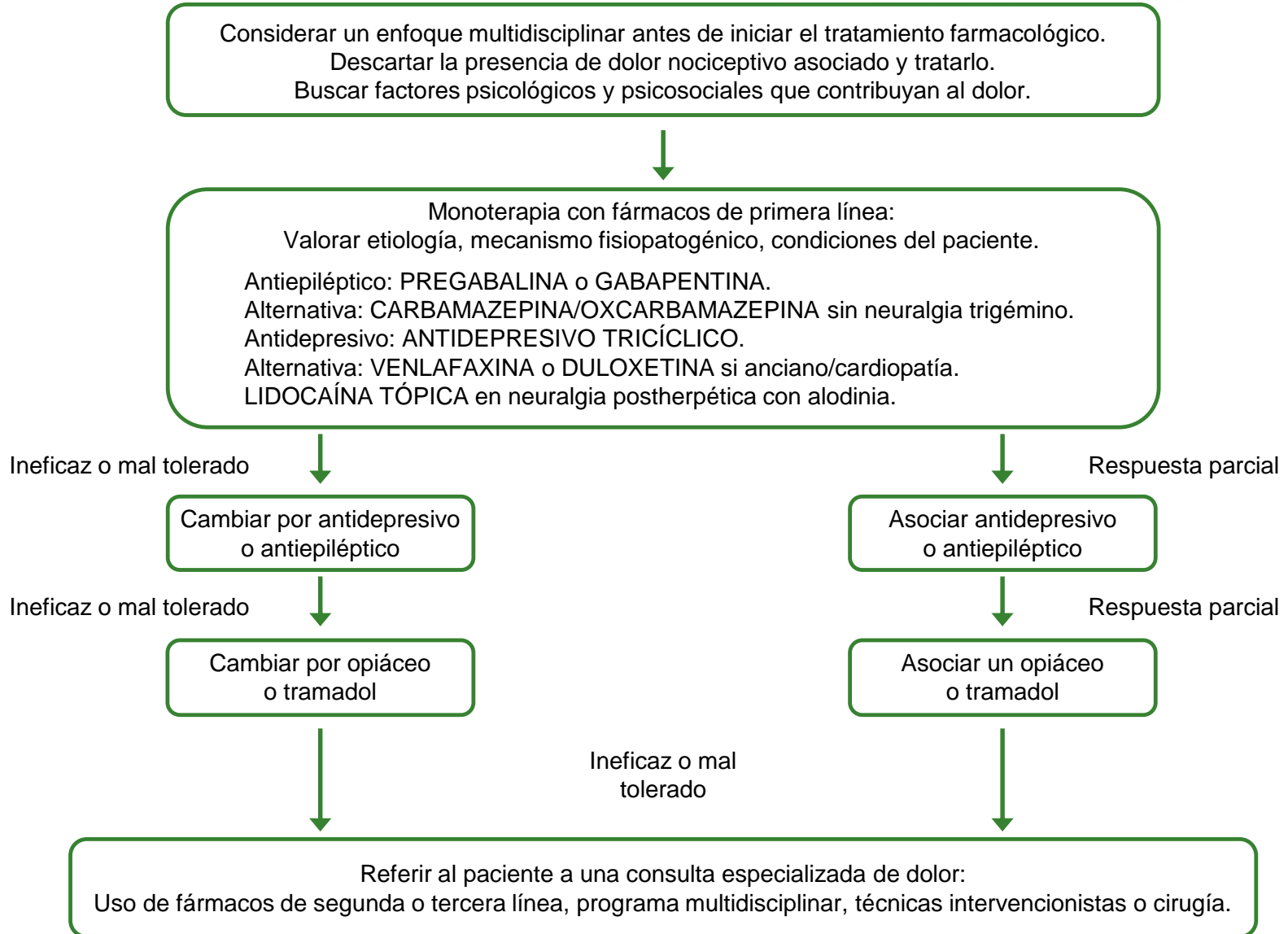
A veces me dolía mucho la pierna, pero no me quejaba porque pensaba que seguramente se debería a mi sobrepeso.

También barajé que podía deberse a una mala postura, a caminar mucho, a caminar poco... incluso al stress.



¡PARE DE SUFRIR!  
(y vaya al médico)

# Dolor neuropático - Tratamiento





**Tabla 1. Resultados globales en diferentes indicaciones expresados como NNT y NNH<sup>(1-4)</sup>**

	NNT (IC 95%)	NNH (IC 95%)	Prioridad en el algoritmo de tratamiento
Antidepresivos tricíclicos	3,6 (3–4,4)	13,4 (9,3–24,4)	Primera línea
ISRSN	6,4 (5,2–8,4)	11,8 (9,5–15,2)	Primera línea
Pregabalina	7,7 (6,5–9,4)	13,9 (11,6–17,4)	Primera línea
Gabapentina	6,3 (5–8,3)	25,6 (15,3–78,6)	Primera línea
Carbamazepina*		5,5 (4,3–7,9)	Primera línea
Tramadol	4,7 (3,6–6,7)	12,6 (8,4–25,3)	Segunda línea
Parche capsaicina 8%	10,6 (7,4–18,8)	NS	Segunda línea
Parches lidocaína 5%**	4,4 (2,5–17,5)	NS	Segunda línea
Opioides potentes***	4,3 (3,4–5,8)	11,7 (8,4–19,3)	Tercera línea

(\*) Resultados combinados con oxcarbazepina para neuralgia del trigémino.

(\*\*) Resultados de un estudio (3) con diferentes patologías que cursaban con DN, incluida la neuralgia postherpética, siendo los resultados para alivio de la alodinia inferiores (8,4 – IC 95% 3,5– 1) al alivio global del dolor.

(\*\*\*) La mayoría de datos corresponden a ensayos clínicos con oxicodona y morfina.





# POLIFARMACIA RACIONAL

Primera línea	Añadir	Evitar
<b>IRSN</b>	$\alpha 2\delta$ canales $Ca^{++}$ modul, opioides, tto tópico	Otros IRSN, ADT, Tramadol
<b><math>\alpha 2\delta</math> canales <math>Ca^{++}</math> modul</b>	IRSN, ADT, opioides, Tramadol, tto tópico	Otros $\alpha 2\delta$ canales $Ca^{++}$ modul.
<b>ADT</b>	$\alpha 2\delta$ canales $Ca^{++}$ modul, opioides, tto tópico	IRSN, tramadol
<b>Tramadol</b>	$\alpha 2\delta$ canales $Ca^{++}$ modul, opioides, tto tópico	IRSN, ADT
<b>Tto tópico</b>	$\alpha 2\delta$ canales $Ca^{++}$ modul, opioides, ADT, tramadol, IRSN, tto tópico	Ninguno

# Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis.

Finnerup, N. B. et al. *Lancet Neurol.* 14, 162–173 (2015)

*THE LANCET* Neurology

Online First Current Issue All Issues Multimedia Information for Authors

	First-line drugs			Second-line drugs			Third-line drugs	
	Serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors duloxetine and venlafaxine	Tricyclic antidepressants	Pregabalin, gabapentin, gabapentin extended release or enacarbil	Tramadol	Capsaicin 8% patches	Lidocaine patches	Strong opioids	Botulinum toxin A
Quality of evidence	High	Moderate	High	Low	Low	Low	Moderate	Moderate
Balance between desirable and undesirable effects								
Effect size	Moderate	Moderate	Moderate	Low	Low	Unknown	Moderate	Moderate
Tolerability and safety*	Moderate	Moderate	Moderate	Low-moderate	Moderate-high	High	Low-moderate	High
Values and preferences	Low-moderate	Moderate	Low-moderate	Low-moderate	High	High	Low-moderate	High
Cost and resource allocation	Low-moderate	Low	Low-moderate	Low	Moderate-high	Moderate-high	Low-moderate	Moderate-high
Strength of recommendation	Strong	Strong	Strong	Weak	Weak	Weak	Weak	Weak
Neuropathic pain conditions	All	All	All	All	Peripheral	Peripheral	All	Peripheral

Ultima actualización

GRADE=Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (see appendix for details about the GRADE classification). \*Common side-effects: antidepressants: somnolence, constipation, dry mouth (particularly with tricyclic antidepressants), and nausea (particularly duloxetine); pregabalin or gabapentin: somnolence, dizziness, and weight gain; opioids (including tramadol): constipation, nausea, vomiting, tiredness, somnolence, dizziness, dry mouth, and itch; lidocaine patches: local irritation; capsaicin patches: local pain, oedema, and erythema; botulinum toxin A: local pain; see the appendix for further information about safety issues.

Table 3: Summary of GRADE recommendations

**Tabla 2. Fármacos con aprobación por ficha técnica en dolor neuropático**

	Todas las indicaciones de DN (periférico y central)	DN periférico	Neuropatía diabética dolorosa	DN Central	Neuralgia del trigéminooclásica
ADT (amitriptilina, nortriptilina)	X		X		
ISRNS (DULOXETINA)			X		
Gabapentina		X	X		
Pregabalina	X	X	X	X	X
Carbamazepina					X
Capsaicina crema 0,075%			X		
Capsaicina parche 8%		X <sup>(1)</sup>			
Parche lidocaina 5%		X <sup>(2)</sup>			
<b>Analgésicos opioides débiles y monoaminérgicos (tramadol)</b>	X <sup>(3)</sup>				
<b>Analgésicos opioides potentes</b>	X <sup>(4)</sup>				

(1) Excepto pacientes diabéticos.

(2) Neuralgia posherpética.

(3) Indicación en todo tipo de dolor moderado a intenso.

(4) Indicación en todo tipo de dolor intenso, incluyen los agonistas opioides puros (morfina, oxycodona, tapentadol\*, fentanilo, hidromorfona, metadona), parciales (buprenorfina).

\*El tapentadol tiene acción dual: agonista  $\mu$  e inhibidor de la recaptación de noradrenalina.

Fuente: elaboración propia del autor.

# Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Informe 2015

Documento de consenso sobre prácticas para el manejo seguro de opioides en pacientes con dolor crónico

1. Prácticas dirigidas a las instituciones sanitarias
  - 1.1. Implantar prácticas seguras para el manejo de los analgésicos opioides
2. Prácticas dirigidas a los profesionales sanitarios
  - 2.1. Prácticas generales orientadas a los procedimientos
    - 2.1.1. Mejorar la seguridad del manejo de opioides en todos los procesos de su utilización
    - 2.1.2. Asegurar una adecuada conciliación de los tratamientos con opioides en las transiciones asistenciales.
    - 2.1.3. Asegurar la participación de los pacientes en el tratamiento y educarlos en el uso seguro de los opioides
  - 2.2. Prácticas específicas sobre medicamentos asociados a efectos
    - 2.2.1. Prácticas seguras para el uso de morfina
    - 2.2.2. Prácticas seguras para el uso de parches de fentanilo
    - 2.2.3. Prácticas seguras para el uso de codeína
    - 2.2.4. Prácticas seguras para el uso de hidromorfona
3. Prácticas dirigidas a los pacientes y familiares o cuidadores
  - 3.1. Tomar parte activa en el tratamiento y conocer adecuadamente la medicación



Claudia Sommer.

NATURE REVIEWS | NEUROLOG 2015

- Las recomendaciones no proporcionan orientación en cuanto a **qué medicamento para empezar en un paciente individual** . Esta cuestión debe abordarse en ensayos futuros que dan cuenta de la virtud de la relación de la enfermedad con el fenotipo de dolor, por lo que la gestión de "ensayo y error " se puede evitar en la práctica clínica



GRANA  
DA 2016  
26-28 MAYO

XXIII  
Congreso Nacional  
de medicina general  
y de familia





Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas, aplicación de técnicas invasivas).

Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.

Pacientes con gran ingesta de analgésicos.

Antecedentes de toxicomanía con dolor intenso

**En el dolor neuropático,  
si el dolor no se controla  
con fármacos de primera y segunda línea**

Debe adaptarse a las especificaciones organizativas de cada Área de salud

Remisión con unos requisitos básicos

Las UTD no son servicios de urgencia



DESPEGAMOS

*The*  
MUCHAS GRACIAS

*End*  
ESPERAMOS VEROS

EN EL PROXIMO CONGRESO