

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR NEUROPÁTICO: ACTUALIZACIÓN Y CONTROVERSIAS

Dolores Rodríguez, Roser Llop

Servei de Farmacologia Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Resumen

El dolor neuropático constituye un problema sanitario importante por el número de pacientes afectados y por el impacto sobre la calidad de vida de los enfermos. El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y mejorar la calidad de vida del enfermo. Sin embargo, el manejo del paciente con dolor neuropático es complejo e implica una aproximación individualizada; no todos los tipos de dolor neuropático responden igual a los diferentes tratamientos y a menudo la respuesta es solo parcial. Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), los ISRNA (duloxetina) y el grupo de los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) se consideran de elección en la mayoría de casos de dolor neuropático. En la neuralgia postherpética, la carbamazepina es el fármaco de uso preferente. El uso de opioides se tiene que reservar solo como alternativa terapéutica; sus datos de eficacia son escasos y los riesgos asociados potencialmente graves. No se recomienda el uso de AINE, ni las combinaciones a largo plazo de un opioide y una benzodiacepina. En cualquier caso, es importante hacer un seguimiento del paciente y evaluar de manera periódica la eficacia y la toxicidad del tratamiento.

Palabras clave: dolor neuropático, neuropatía, tratamiento farmacológico antidepresivos, opioides, anti-epilépticos.

Introducción

El dolor neuropático (DN) es un tipo de dolor crónico producido por una lesión o trastorno del sistema somatosensitivo central o periférico.¹ El sistema nociceptivo se altera, de forma que no hay relación causal entre la lesión de los tejidos y el dolor. Generalmente se presenta con síntomas como parestesias, alodinia (dolor producido por un estímulo no doloroso en piel sana) e hiperalgesia ante estímulos mecánicos.

Se estima que el DN puede afectar un 2-3% de la población.² Representa una de las entidades de mayor complejidad y más difícil control y se considera un problema sanitario importante, tanto por el número de pacientes afectados, como por la gran repercusión que tiene sobre la calidad de vida. Los síndromes que cursan con DN provocan alteraciones del sueño, del estado psicológico, disminución de la capacidad laboral, y en definitiva, de la calidad de vida, y representan un problema económico importante.

El mecanismo etiológico no está del todo claro a pesar de que se relaciona con una sensibilización neuronal. Se ha sugerido

que la hiperalgesia se debe a un mecanismo de hiperexcitación del sistema nervioso central (SNC) secundario a la sensibilización de los nociceptores periféricos. Entre las causas desencadenantes de DN, se incluyen la diabetes que es la causa más frecuente (se puede presentar como polirradiculoneuropatía, mononeuropatía, polineuropatía sensitiva o neuropatía autonómica), herpes zóster, síndromes de atrapamiento radicular, traumatismos y amputaciones, neoplasia, accidente vascular cerebral (AVC) u otras patologías, como el síndrome de Guillain-Barré o la esclerodermia.

El diagnóstico del DN es básicamente clínico. Con el objetivo de orientar el tratamiento y poder hacer un buen seguimiento del enfermo se ha sugerido, por un lado, hacer una valoración inicial para clasificar el dolor como neuropático y diferenciarlo del nociceptivo. Por otro lado, cuantificar la intensidad del dolor. Para hacer una orientación diagnóstica se dispone del cuestionario DN4³, y para valorar la intensidad del dolor y su evolución en el tiempo están las escalas analógicas visuales.

Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y mejorar la calidad de vida del enfermo. El tratamiento del DN es muy complejo; se ha visto que pacientes que presentan la misma etiología no responden igual a los mismos tratamientos. Por lo tanto, no se puede hablar de un tratamiento único y específico del DN. Además, menos de la mitad de los pacientes tratados logran mejorías significativas del dolor, y en la mayoría de casos, la mejora es parcial.

Se recomienda una aproximación personalizada dada la variabilidad en la presentación clínica según las diferentes etiologías, la tolerabilidad de los fármacos, las circunstancias del paciente, y también sus preferencias. Es esencial una evaluación a corto plazo de la respuesta y la tolerabilidad.¹ En caso de falta de respuesta o toxicidad, se recomienda retirar y cambiar a una alternativa terapéutica de manera consensuada con el paciente. Cuando la respuesta es parcial se recomienda añadir una segunda opción. Es importante utilizar fármacos con mecanismos de acción complementarios.

Selección del tratamiento

Las guías de tratamiento actualizadas recomiendan los anti-depresivos tricíclicos (amitriptilina), los ISRNA (duloxetina) y el grupo de los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) como fármacos de uso preferente.^{3,4,5} La selección de uno de estos grupos de fármacos se tiene que hacer en función de las indicaciones, de los datos de toxicidad y de las características clínicas del paciente (véase la tabla 1).

En el año 2015 se publicó un metanálisis de ensayos clínicos que analizó la eficacia de los diferentes tratamientos farmacológicos en pacientes con DN de diferentes etiologías.⁶ Se incluyeron 229 estudios, publicados y no publicados, y se evaluaron los datos de eficacia y tolerabilidad. Ciento veintisiete ensayos (55%) incluyeron pacientes con neuropatía diabética o neuralgia post-herpética. La calidad de los estudios se consideró moderada. En general, la eficacia comparada con placebo fue modesta para los diferentes fármacos evaluados (35%-50%). Se observó una elevada respuesta al placebo (18%-28%). No se vieron diferencias significativas entre los diferentes grupos de fármacos, ni que un grupo fuera especialmente eficaz en un tipo específico de dolor.

Los fármacos con indicación en el dolor neuropático están en la tabla 1.

Con los resultados de este estudio, las recomendaciones sobre la selección del tratamiento se mantuvieron sin cambios. La amitriptilina se considera una primera opción en el dolor de origen central y las neuropatías periféricas diferentes a la neuralgia del trigémino. Se ha mostrado eficaz y tiene la ventaja de una única administración al día y un menor coste, pero sus efectos adversos pueden limitar su uso, sobre todo en personas de edad avanzada o en pacientes con cardiopatía. La nortriptilina dispone de menos datos de eficacia, pero tiene menos efectos anticolinérgicos. La duloxetina se puede considerar como alternativa en la neuropatía diabética para la cual está autorizada. La gabapentina y la pregabalina tienen datos de eficacia similares, pero la experiencia de uso es ligeramente superior para la gabapentina.⁷ La información sobre la eficacia comparada de gaba-

entina y pregabalina con anti-depresivos tricíclicos es escasa.⁸ Por otro lado, se han asociado a efectos adversos que pueden limitar el uso (véase tabla 1). La pregabalina está autorizada en el dolor de origen central y su coste es superior.^{9,10} En la neuralgia del trigémino, la carbamazepina ha mostrado una eficacia analgésica superior y se considera de primera elección (véase el algoritmo de tratamiento en la figura).¹

Los opioides, fármacos con una eficacia controvertida

Los datos sobre la eficacia de los opioides indican que solo son parcialmente eficaces en el alivio del DN y se asocian a efectos adversos potencialmente graves.⁶ Por este motivo, se consideran tratamientos de segunda línea o de rescate y se tendrían que utilizar solo cuando otras alternativas terapéuticas han fracasado. El tramadol es un agonista opioide débil que además inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Se considera de segunda línea dada su menor tolerabilidad y el riesgo de dependencia. Hay que tener precaución en pacientes de edad avanzada.^{11,12}

Para los opioides mayores, los resultados de los últimos estudios no confirman los efectos beneficiosos a largo plazo y, en cambio, hay pruebas de los riesgos asociados (abuso, dependencia y sobredosificación con riesgo de muerte).¹³ La guía NICE no recomienda el uso fuera del ámbito hospitalario. Tapentadol, uno de los últimos opioides incorporados al mercado, dispone de un ensayo clínico en neuropatía diabética. Según los resultados, a pesar de que hubo una selección previa de los pacientes, su eficacia fue muy modesta comparado con placebo y las tasas de abandono fueron elevadas.¹⁴

En cuanto a los efectos adversos, aparte de los más frecuentes como las náuseas, los vómitos y el estreñimiento, el tratamiento a largo plazo aumenta el riesgo de hiperalgesia, abuso, sobredosis y afectación endocrina y cardiovascular.^{15,16}

En un informe con datos extraídos de la información en los certificados de defunción en los EE. UU. entre los años 2011 y 2016, se identificó a los opiáceos como los fármacos implicados con más frecuencia en las muertes por intoxicación aguda.¹⁷ Hay que tener precaución en la administración simultánea de opiáceos con otros fármacos utilizados en el tratamiento del DN. En un estudio de casos y controles se analizó la asociación entre mortalidad por opiáceos y uso simultáneo con pregabalina en pacientes con dolor neuropático. Se observó un mayor riesgo con el tratamiento concomitante, de manera similar al que otros estudios habían mostrado con la asociación entre opiáceos y gabapentina.^{18,19}

Tratamiento tópico del dolor neuropático

Los apósitos de lidocaína (Versatis®) están indicados solo para el tratamiento de la neuralgia postherpética. Los datos de eficacia de los apósitos de lidocaína en el dolor neuropático provienen de estudios comparativos con placebo. Se dispone de un único estudio ante comparador activo, la pregabalina. Se trata de un estudio abierto y de no inferioridad en que la lidocaína tópica se mostró similar a la pregabalina. En el subgrupo de pacien-

Tabla 1. Fármacos para el tratamiento del dolor neuropático

Fármaco	Indicación aprobada	Efectos adversos. Precauciones
Amitriptilina Inicio: 10-25 mg por la noche. Aumentar según el efecto. Máximo 75 mg/24 h.	Dolor neuropático	Sedación, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, glaucoma. Náuseas y vómitos. Taquicardia, temblor e hipotensión postural sobretudo en edad avanzada i cardiopatías. Precaución en mayores de 65 años.
Gabapentina Inicio: 300 mg/24-12 h. Aumentar 300 mg/semana hasta dosis mínima eficaz (dosis máxima 3.600 mg/24 h).	Dolor neuropático periférico	Insuficiencia cardíaca (ICC), arritmias, mareo, ataxia, convulsiones, disartria, amnesia, temblor, insomnio, astenia, cefalea, nistagmo, ambliopía, diplopía. Ajustar dosis en insuficiencia renal (IR).
Pregabalina Inicio: 50 mg/24 h (en dos dosis). Aumentar según respuesta hasta 600 mg/24 h.	Dolor neuropático periférico y central	ICC, arritmias, mareo. Cefalea, vértigo, dependencia. Estado de ánimo eufórico, confusión, irritabilidad, insomnio, visión borrosa, diplopía Vómitos, náuseas, estreñimiento, diarrea. Calambres. Ajustar dosis en IR.
Carbamazepina Inicio: 100 mg/12-24 h. Aumentar hasta analgesia (200 mg 3-4 veces /día); posteriormente reducción hasta dosis mínima eficaz. En edad avanzada o hipersensibles, iniciar con 100 mg/12 h. Mantenimiento: 400-800 mg/día.	Neuralgia del trigémino	Mareo, náuseas, vómitos i astenia. Dermatitis, leucopenia, anemia aplásica, alteración de la función hepática
Duloxetina Inicio: 30 mg/24 h e incrementar hasta 60-120 mg/24 h en una o dos dosis.	Neuropatía diabética	Náuseas, cefalea, sequedad de boca, somnolencia y mareo. No se debe utilizar en pacientes con insuficiencia hepática.
Lidocaína apósitos 5% Máximo 3 apósitos para cubrir la zona afectada. 1-2 apósitos durante 12 horas continuas en la zona afectada y descanso las siguientes 12 h.	Neuralgia postherpética	Reacciones en la zona de administración: dermatitis, eritema, prurito, erupción, irritación cutánea y vesículas Máximo 3 apósitos simultáneos.
Capsaicina apósitos 8% Solo en dolor neuropático en adultos. Solo en combinación con otros analgésicos.	Dolor neuropático periférico	Eritema irritativo y la sequedad de piel en la zona de aplicación.
Capsaicina crema 0,075% Posología: 3-4 aplicaciones/24 h sobre la zona afectada.	Neuropatía diabética	
Tramadol 50-100 mg seguido de 50 o 100 mg cada 4-6 horas. Dosis diaria máxima 400 mg.	Dolor moderado-intenso	Mareo, somnolencia, náuseas, estreñimiento, vómitos, alucinaciones, delirio, agitación, hiperhidrosis Disnea, depresión respiratoria. Síndrome serotoninérgico (sobretudo en asociación con un antidepresivo) y convulsiones. Precaución en abuso de sustancias.
Morfina Inicio: 5-10 mg/4 h oral (anciano: 2,5-5 mg/4 h). Duplicar dosis inicial si tomaba opiáceos menores.	Dolor intenso y dolor postoperatorio	Estreñimiento, cefalea, somnolencia, mareo broncoespasmo, vértigo, astenia, edema. Precaución en IR y hepática, corazón pulmonar, abuso de sustancias, asma, depresión respiratoria.

tes con neuralgia postherpética, hubo una pequeña diferencia favorable a la lidocaína a diferencia de los pacientes con neuropatía diabética.²⁰ La mayoría de las reacciones adversas observadas en los estudios fueron de intensidad leve y moderada.

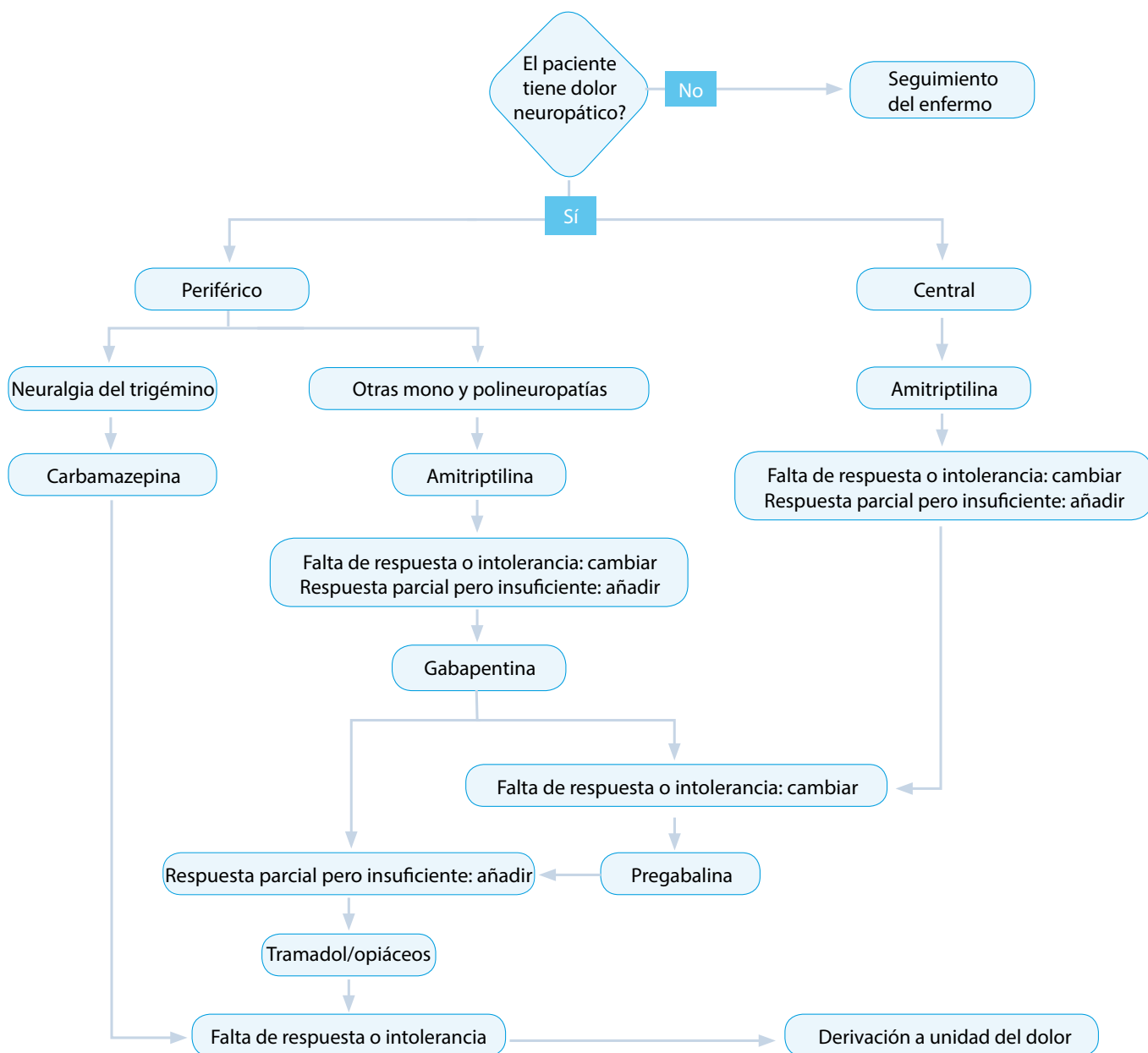
Los efectos adversos más frecuentes son las reacciones en la zona de administración, como por ejemplo, la sensación de ardor, la dermatitis, el eritema, el prurito y la aparición de vesículas. Su absorción sistémica es muy baja.

En vista a los elevados datos de consumo de los apósitos de lidocaína, el CatSalut emitió una nota informativa recordando que la única indicación aprobada era la neuralgia postherpética y estableciendo que desde Enero de 2017 es imprescindible asociar el diagnóstico a la prescripción.²¹ En 2018 el Ministerio

de Sanidad, Consumo y Bienestar Social introdujo el requerimiento de visado para la dispensación de Versatis® a cargo del SNS, para limitar la financiación de la indicación autorizada en la ficha técnica: "Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a la infección previa por herpes zóster" (dolor neuropático postherpético).²²

La capsaicina está comercializada en dos presentaciones: en crema, a una concentración del 0,075%, indicada para la neuropatía diabética dolorosa que interfiera en las actividades diarias y que no haya respondido a ningún otro tratamiento; y en parches, a una concentración del 8%, en dolor neuropático periférico en adultos. Esta última presentación es de uso hospitalario. Para las dos presentaciones los datos muestran una eficacia modesta en el control del dolor respecto de placebo; se trata de

Figura. Algoritmo de tratamiento farmacológico del dolor neuropático.



estudios de corta duración y en los cuales más de la mitad de los pacientes recibieron de forma concomitante otros tratamientos para el dolor.²³ Los efectos adversos asociados más a menudo a la capsaicina son sensación de escozor cutáneo, eritema irritativo y sequedad de piel en la zona de aplicación. No se considera un tratamiento de elección para el dolor neuropático periférico a pesar de que su uso puede ser adecuado en pacientes que no toleren o no respondan a los tratamientos orales convencionales.

Preguntas frecuentes

¿Son eficaces los AINE para el dolor neuropático?

No se considera que los AINE sean eficaces para tratar el dolor neuropático, a pesar de su papel como analgésicos para el dolor

nociceptivo. Una revisión Cochrane solo encontró dos estudios pequeños que incluyeron 251 participantes con dolor lumbar crónico con un componente neuropático, o que presentaban dolor neuropático después de una infección por herpes zóster. Los resultados no mostraron diferencias entre AINE y placebo en cuanto al dolor o los acontecimientos adversos. Además, las pruebas se consideraron de muy baja calidad.²⁴

¿Es útil combinar una benzodiazepina en el tratamiento con opiáceos a largo plazo?

No. Cuando los fármacos hipnosedantes como las benzodiazepinas se consumen de manera simultánea a otros fármacos depresores del SNC, como los opiáceos, los riesgos se potencian. Los resultados de los estudios indican que el uso concomitante de opioides y hipnosedantes en diferentes tipos de dolor,

umenta el riesgo de intoxicación, dependencia y muerte por intoxicación aguda en un 50%.²⁵ En un análisis retrospectivo se observó que comparado con los usuarios de opiáceos que no usaron benzodiacepinas, el uso simultáneo de ambos fármacos se asoció a un aumento del riesgo de visitas a urgencias o de ingreso hospitalario por sobredosis de opiáceos. Si se observa una relación causa-efecto, se estima que la eliminación del consumo concomitante de benzodiacepinas y opiáceos podría reducir el riesgo de visitas a urgencias o ingresos en un 15%.²⁶

¿Se puede utilizar el fentanilo de liberación inmediata para el dolor neuropático?

No. Los resultados de una revisión Cochrane sobre la eficacia del fentanilo, en cualquier presentación, en el dolor neuropático mostraron que no hay pruebas suficientes para recomendarlo.²⁷ Las formas de liberación rápida de fentanilo sistemas de administración que permiten la acción inmediata de principio activo (comprimidos sublinguales, formas sólidas orales con aplicador, película bucal, spray nasal). Ninguna de ellas estuvo evaluada en el dolor neuropático y solo están indicadas para el dolor irruptivo en pacientes oncológicos que ya llevan un opioide de base.²⁸

Bibliografía

- Fármacos en dolor neuropático: puesta al día. *Infac* 2018;26:67-74.
- Blanco E, Galvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. *Med Fam Semergen* 2012;38:202-62.
- Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. Clinical guideline [CG173]. London: National Institute for Health and Care Excellence, (UK). November 2013. Last updated: February 2017. Consultado el 28 de Marzo de 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173/evidence/full-guideline-pdf-191621341>
- Neuropathic pain: current definition and review of drug treatment. *Australian Prescriber* 2018;41:6063.
- Moulin DE, Boulanger A, Clark AJ, Clarke H, Dao T, Finley GA, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag.* 2014; 19 (6):328-35. Consultado el 29 de Marzo de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273712/pdf/prm-19-328.pdf>
- Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* 2015;14:162-73.
- Attal N. Pharmacological treatments of neuropathic pain: the latest recommendations. *Revue neurologique* 2018;1-6.
- Dolor neuropático. Guía terapéutica en atención primaria 6ª edición. SemFyC 2016. Barcelona. ISBN: 978-84-15037-57-6.
- Derry S, Bell RF, Straube S, Wiffen PJ, Aldington D, Moore RA. Pregabalin for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 1. Art. No.: CD007076.
- Onakpoya IJ, Thomas ET, Lee JJ, Goldacre B, Heneghan CJ. Benefits and harms of pregabalin in the management of neuropathic pain: a rapid review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ Open* 2019;9:e023600.
- Protocol tractament farmacològic del dolor neuropàtic. Àrea Integral de Salut Barcelona Nord. 2012: 1-6.
- Duehmke RM, Derry S, Wiffen PJ, Bell RF, Aldington D, Moore RA. Tramadol for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD003726. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003726.pub4/epdf/full>
- Consens català de dolor crònic no oncològic. Societat Catalana de Dolor (SCD) i Societat Catalana de Medicina Familiar (CAMFiC). 2017:1-43. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/204-5345-FITXER/ConsenscatalaDolorcronic.pdf>
- Schwartz S, Etropolski M, Shapiro DY, Okamoto A, Lange R, Hauessler J, et al. Safety and efficacy of tapentadol ER in patients with painful diabetic peripheral neuropathy: results of a randomized-withdrawal, placebo-controlled trial. *Curr Med Res Opin.* 2011 Jan;27(1):151-62.
- Madrídejos R, Diego L. Estant canviant les pautes d'utilització dels analgèsics opioides? *Butll Inf Ter* 2015; 26: 36-43. Consultat el 20 març de 2019. Disponible en: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/butlleti_informacio_terapeutica/documents/arxiu/BIT_v26_n06.pdf
- Henche Ruiz AI. El auge de la analgesia opioides. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. *Bol Farmacoter SESCAM* 2016; 17: 1-8. Consultado el 29 de marzo de 2019. Disponible en: https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/boletin_3_2016.pdf
- Hedegaard H, Bastian BA, Trinidad JP, Spencer M, Warner M. Drugs most frequently involved in drug overdose deaths: United States, 2011–2016. *National Vital Statistics Reports* 2018;67.
- Gomes T, Greaves S, van den Brink W, Antoniou TP, Paterson JM, Martins D, et al. Pregabalin and the risk for opioid-related death: a nested case-control study. *Ann Intern Med* 2018;169:733-7.
- Gomes T, Juurlink DN, Antoniou T, Mamdani MM, Paterson JM, van den Brink W. Gabapentin, opioids, and the risk of opioid-related death: A population-based nested case-control study. *PLOS Medicine* 2017;3 de Octubre.
- Baron R, Mayoral V, Leijon G, Binder A, Steigerwald I, Serpell M. 5% lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy: an openlabel, non-inferiority two-stage RCT study. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(7):1663-76.
- Aposits de lidocaina 5%. Informe d'avaluació comparada i dictamen Programa d'harmonització farmacoterapèutica de medicaments en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària del Servei Català de la Salut. 2017:1-15. Consultado el 30 de Marzo de 2019. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveïdors_professionals/medicaments_farmacologia/harmonitzacio_informes/lidocaina-aposits/Aposits-de-lidocaina_tractament-neuralgia-postherpetica.pdf
- Recomanacions de possibles alternatives farmacològiques, autoritzades i finançades pel Sistema Nacional de Salut, als aposits adhesius de lidocaina al 5% (Versatis®), segons les principals guies de pràctica clínica. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/8_informes_tecnics_sobre_medicaments/Recomanacions-de-possibles-alternatives-farmacologiques-a-Versatis-amb-financament-pel-SNS_resum-guies-practica-clinica_v-1.2.pdf
- Abordatge del dolor crònic no oncològic. Direcció de Farmàcia de la Regió Sanitària Barcelona. 2016:1-49. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut_territori/barcelona/produccio_cientifica/2016/document-abordat-ge-DCNO-marc-2016.pdf
- Moore R, Chi C, Wiffen PJ, Derry S, Rice AS C. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for neuropathic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 10. Art. No.: CD010902. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010902.pub2/epdf/full>
- Park TW, Saitz R, Ganoczy D, Ilgen MA, Bohnert ASB. Benzodiazepine prescribing patterns and deaths from drug overdose among US veterans receiving opioid analgesics: case-cohort study. *BMJ* 2015;350:h2698.
- Sun EC, Dixit A, Humphreys K, Darnall BD, Baker LC, Mackey S. Association between concurrent use of prescription opioids and benzodiazepines and overdose: retrospective analysis. *BMJ* 2017; 356:j760.
- Derry S, Stannard C, Cole P, Wiffen PJ, Knaggs R, Aldington D, Moore RA. Fentanyl for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD011605. Consultado el 17 de Abril de 2019. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011605.pub2/media/CD011605/CD011605.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Fentanilo de liberación inmediata: importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas. Nota informativa 21 de febrero de 2018. Referencia: MUH (FV), 5 /2018. Consultado el 2 de Abril de 2019. Disponible en: file:///H:/Bit%20dolor%20neurop%C3%A0tic/NL_MUH_FV-5_2018-Fentanilo.pdf

Puntos clave

- Para orientar el tratamiento y hacer un buen seguimiento, se ha sugerido hacer una valoración clínica del paciente con el cuestionario DN4 y valorar la intensidad de dolor y su evolución en el tiempo con unas escalas analógicas visuales.
- Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), los ISRNA (duloxetina) y el grupo de los gabapentinoides (gabapentina y pregabalin) se consideran los fármacos de uso preferente. La selección se tiene que hacer en función de las indicaciones, de los datos de toxicidad y de las características clínicas del paciente.
- Los opioides son solo parcialmente eficaces y se asocian a efectos adversos potencialmente graves. Por este motivo, se consideran tratamientos de segunda línea o de rescate y se tendrían que utilizar solo cuando otras alternativas terapéuticas han fracasado.
- Las formas de liberación inmediata de fentanilo no han sido evaluadas en el dolor neuropático y solo están indicadas para el dolor irruptivo en pacientes oncológicos que ya llevan uno opioide de base.
- Los apósitos de lidocaína (Versatis®) están indicados solo para el tratamiento de la neuralgia postherpética.

Fecha de redacción: **Marzo 2019**

En el próximo número: **Tratamiento de las náuseas y vómitos del adulto en Atención Primaria Boletín de Información Terapéutica del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya**

Dirección: Marta Chandre

Subdirección: Joaquín Delgadillo

Coordinación editorial: Xavier Bonafont i Pujol

Coordinación de la Comissió d'Informació Terapèutica: Pilar López Calahorra

Comité científico: Xavier Bonafont, Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Anna Feliu, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrideros, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Diego Mena, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Emília Sánchez, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Noemí Villén

Secretaria Tècnica: Ester Saperas

Soporte técnico: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Para la reproducción total o parcial de esta publicación, es necesario hacer la solicitud

en la **Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica,**

Gerència de Prestacions Farmacèutiques i Accés al Medicament, Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Se pueden consultar todos los números publicados desde el año 1999 en:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

