

ción de dolor postoperatorio y crónico. Si de todas formas apareciese dolor crónico se puede asociar a la terapéutica habitual la realización de bloqueo BRILMA con buena respuesta al mismo.

Agradecimientos: No existe conflicto de intereses en este trabajo.

Bibliografía recomendada:

1. Maritza Velasco V. Dolor neuropático. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):625-34.
2. Ibarra Martí ML, et al. Comparación entre anestesia general con o sin bloqueo paravertebral preincisional con dosis única y dolor crónico postquirúrgico, en cirugía radical de cáncer de mama. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2011;58(5):290-4.

P-234 PROTOCOLO DE DERIVACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO POSTOPERATORIO CON CAPSAICINA 8 %

C. Díaz-Alejo Marchante¹, D. Rastrollo Peña², M. R. García Fernández³, M. L. Padilla⁴, M. Benítez³

¹Hospital Universitario Vinalopó, Elche; ²Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ³Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia; ⁴Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

Palabras clave: dolor neuropático, dolor neuropático localizado, dolor postoperatorio, dolor postquirúrgico, capsaicina.

Introducción: El dolor crónico es un problema grave para la sociedad, de alta prevalencia e impacto en la población. Aunque es el personal de atención primaria el primero en tratarlo, resulta un problema para todos los especialistas.

Dentro de los muchos subtipos de dolor, el dolor neuropático localizado (DNL) es un tipo de DN que se caracteriza por estar circunscrito a un área de máximo dolor y sensibilidad alterada, procedente de muy diferentes etiologías y alcanzando según los clínicos, hasta el 60 % dentro del DN.

El DNL por herpes zóster, por infección VIH o neuropatía diabética son etiologías más conocidas a los que todos dan importancia. Sin embargo, el DNL postoperatorio pasa desapercibido, a pesar de que la incidencia de dolor crónico neuropático es relevante: amputación 80 %, herniorrafia 80 %, mastectomía 65 %, cesárea programada 50 % o toracotomía 45 % (1).

Objetivos: Poner en marcha una ruta de derivación rápida donde atención primaria o atención especializada detecten pacientes con sospecha o diagnóstico de DNL postoperatorio y sean enviados directamente a la UDO.

Los objetivos de dicho protocolo son, por un lado, educar a los facultativos sobre la existencia de esta patología, y por otro, promover un diagnóstico y un tratamiento precoz utilizando como primera línea los tratamientos tópicos. Con ello pretendemos disminuir efectos secundarios sistémicos provocados por los tratamientos sistémicos que actualmente se encuentran como tratamiento de primera línea (2), disminuir el tiempo de evolución de la patología y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y método: Las diferentes especialidades, ante la sospecha de DNL, deben realizar la escala de detección Diagnostic tool, donde una puntuación de 3-4 sería positiva y el paciente se deriva a UDO.

En la primera consulta se realiza un anamnesis y exploración física completas, cuestionario DN4, escala numérica del dolor y dificultad para el descanso. Tras confirmar DNL y la etiología (de ser posible), se inicia tratamiento de primera línea con CAPSAICINA 8 % durante 60-30 min en función de la localización. Se realizará un mínimo de 3 tratamientos con un intervalo de 3 meses.

La colocación del tratamiento se lleva a cabo por el personal de enfermería. Tras cada tratamiento se realiza una revisión a los 7 días, al mes y a los 3 meses, donde se evalúa la satisfacción del paciente, calidad de sueño, escala numérica del dolor, DN4 y disminución del tamaño del área dañada.

A los 6 meses el paciente regresa a la consulta para valoración de resultados (esquema adjunto de la ruta).

Resultados: Este protocolo comenzó a trabajarse en noviembre de 2018. Progresivamente vamos informando a las diferentes especialidades de esta posibilidad y cada vez tenemos más pacientes derivados gracias a ello. Por el momento tan solo 15 pacientes han iniciado el tratamiento de DNL con capsaicina parche 8 %; de ellos 3 han finalizado el tratamiento con una mejora entre el 30- 90 %. Esperamos que a lo largo de 1 año la N sea significativa y los resultados apoyen el tratamiento tópico como primera línea.

Conclusiones: El DNL, especialmente el postquirúrgico, es un tipo de dolor infradiagnosticado e infratratado, que hace de un problema con una solución probablemente sencilla un problema crónico que a largo plazo afecta a la vida de nuestros pacientes, en los planos social, personal y laboral. Dar visibilidad al DNL es esencial para conseguir un diagnóstico temprano y evitar así la cronificación del dolor y una mejor respuesta terapéutica.

Por otro lado, el uso del parche de capsaicina 8 % en pacientes activos laboralmente puede presentar beneficios ya que el tratamiento tópico tiene un mejor perfil de seguridad y efectos secundarios que los tratamientos sistémicos y, además, se reduce el sentimiento de enfermedad al no tener que tomar medicación. En el caso de pacientes polimedificados y/o ancianos resulta el tratamiento de elección al ser un tratamiento tópico y por tanto no presentar interacciones farmacológicas.

El tratamiento es muy bien tolerado por los pacientes. La única limitación que hemos detectado por el momento es que, debido al coste del producto, pacientes candidatos al tratamiento no pueden costearlo y debemos tratarlos de forma alternativa.

Discusión: El tratamiento tópico en DNL ha demostrado no inferioridad frente a los tratamientos sistémicos actualmente de primera línea.

La facilidad de aplicación del tratamiento con capsaicina 8 %, la satisfacción de los pacientes con los resultados, así como la disminución clara de efectos secundarios, nos hacen defender esta terapia como primera línea de tratamiento con DNL postoperatorio.

Bibliografía:

1. PubMed Central, Tabla 1: Pain Rep. 2017;2(6): e627. Publicado en línea el 31 de octubre de 2017.
2. Gilron I. Treatment of neuropathic pain: Antiepileptic and antidepressant drugs educational objectives. En: Sommer C, Raja SN, editores..Pain. Washington: IASP Press; 2014. p. 225-37.

P-237 UTILIZACIÓN DEL PARCHES DE CAPSAICINA DE 179 mg EN UN CUADRO DE DOLOR POR SDRC DE LARGA EVOLUCIÓN

J. A. Yáñez Santos, M. J. Fernández-Baena, M. T. Palomino, M. L. Rodríguez-Padilla, L. Delange, M. J. Rodríguez-López

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Palabras clave: capsaicina, en, SDRC, larga evolución.

Introducción: El componente activo del parche es la transcapsaicina pura a una concentración al 8 %. La capsaicina es un agonista muy selectivo del receptor TRPV1 que ha sido identificado como un receptor involucrado en la transmisión y modulación de las señales dolorosas. Este tipo de receptores está sobreexpresado en pacientes que padecen DN como consecuencia de una lesión nerviosa. El efecto de la capsaicina sobre los receptores TRPV1 se denomina “desfuncionalización”, y esta se produce a través de la entrada en el nociceptor de un flujo masivo de iones de calcio. Este proceso combinado con la activación de proteasas sensibles a los iones de calcio, entre otros mecanismos, produce la degeneración de fibras nerviosas epidérmicas. Este efecto es reversible, ya que al cabo de las 12-24 semanas de la aplicación, las fibras se regeneran.

El parche de capsaicina de 179 mg está indicado en pacientes adultos con dolor neuropático periférico, ya sea en monoterapia o en combinación con otros fármacos. Es necesario que el parche se coloque sobre una piel seca e

intacta, durante un tiempo de 30 min si se trata de los pies y durante 60 min en el resto del cuerpo.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón, de 41 años de edad en la actualidad (2019). En el año 2001, sufrió una fractura de Colles en la muñeca izquierda desarrollando como consecuencia de ello un SDRC de dicha extremidad. Fue derivado a nuestra Unidad con un cuadro de dolor y alodinia de la mano y antebrazo, se trató mediante EEM sin resultado, infusión espinal de fármacos sin resultado, estimulación cerebral cortical sin resultado. Ante esta situación de falta de resultados analgésicos, el paciente decidió que se le realizaría una amputación del brazo afectado, que se llevó a cabo realizándose dicha amputación por el tercio medio del antebrazo. En ese momento se perdió el contacto con el paciente.

Reaparece en consulta de nuevo en el año 2015, con un cuadro de dolor y de alodinia intensa en el brazo, codo y muñón que se irradia hacia el hombro. El paciente está siendo tratado con opioides y neuromoduladores, sin resultado analgésico apreciable.



Fig. 1.

A la vista de la situación se recomienda la aplicación del parche de capsaicina de 179 mg. Dicha aplicación se lleva a cabo en junio del año 2018, con un resultado excelente en la desaparición de la alodinia y del dolor tanto en el muñón como en el codo y hombro; en la actualidad, abril de 2019, continúa sin dolor.

Discusión: El SDRC se caracteriza por la presencia de dolor intenso, alodinia, hiperalgesia, hiperestesia, deficiencias sensoriales, hipoestesia, tumefacción, cambios de