

# NEWSLETTER

**Grupo Dolor**

VOL 3 | ABR/2022



- Pág. 2 .....Situación actual del grupo.
- Pág. 3 - 5 .....Actividades en marcha del grupo.
- Pág. 6 .....Futuros proyectos del grupo.
- Pág. 7 .....Ideas y colaboraciones futuras. Agenda del cuatrimestre.
- Pág. 8 - 9 .....Monografía del cuatrimestre: Bloqueo Hipogástrico Inferior para el Tratamiento del Dolor Pélvico Crónico.
- Pág. 10 - 12 .....Monografía farmacoterapéutica: Lidocaína tópica en tratamiento de dolor crónico.
- Pág. 13 .....Bibliografía.



Desde el Grupo Dolor continuamos trabajando para dar a conocer nuestras actividades y trabajos relacionados con el tratamiento del dolor. Lanzamos así la edición de abril de nuestra newsletter cuatrimestral con el fin de continuar aportando información sobre nuestros avances y novedades sobre terapias dirigidas al dolor.

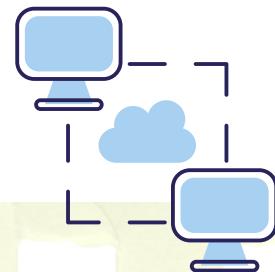
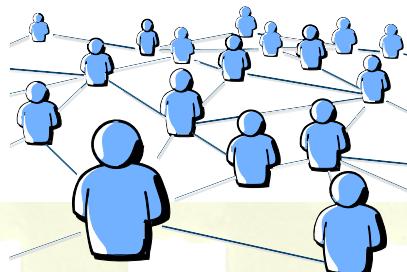


## GRUPO DOLOR



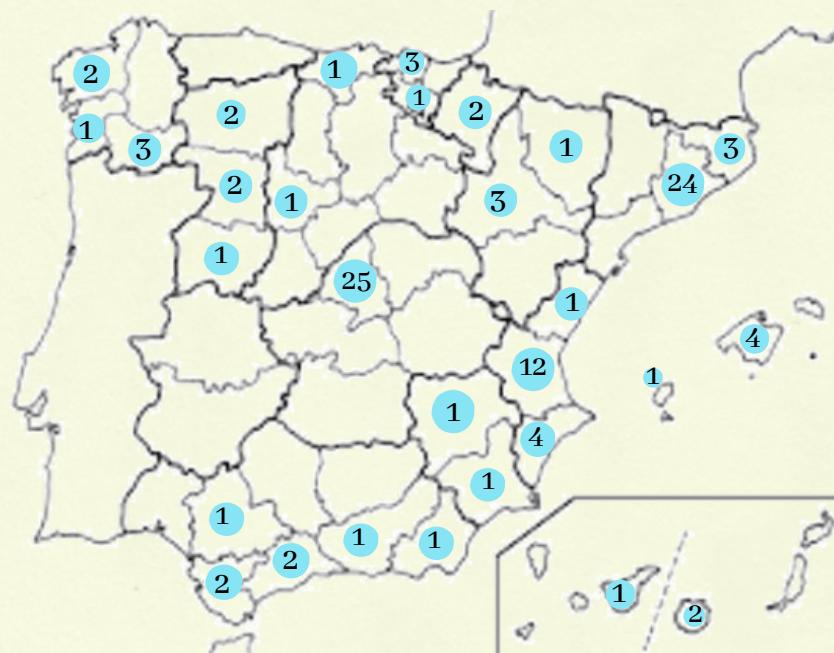
# Grupo Dolor

## SITUACIÓN ACTUAL DEL GRUPO



Desde la creación del Grupo de Trabajo Dolor en junio de 2018, fecha en la que nuestra andadura comenzó, trabajamos para posicionar el dolor dentro de la Farmacia Hospitalaria como pieza clave para lograr una mejor calidad asistencial al paciente, e implicar al Farmacéutico Hospitalario en su manejo terapéutico. Desde entonces, el número de personas que han querido sumarse no ha parado de crecer.

Este crecimiento es tal que a lo largo de tres años el número de miembros adheridos se ha triplicado, contando en 2018 con 35 miembros, y a final de 2021 el número ascendía a 107 miembros, contando con representación de numerosos hospitales y centros sanitarios de todo el territorio nacional.



### *Distribución geográfica de los miembros adheridos al Grupo Dolor.*



### ACTIVIDADES EN MARCHA DEL GRUPO



### CURSO

### -Avances en el tratamiento dolor agudo y crónico infantil-

OCTUBRE 2021 - FEBRERO 2022

Desarrollado por la Asociación Nacional contra dolor infantil desde Valencia, este curso cuenta con la participación de nuestra compañera Ana Mínguez Martí, perteneciente a la Asociación.

Se trata de un curso centrado en el abordaje y tratamiento del dolor infantil y se está impartiendo en modalidad online. Dentro de los temas a tratar podemos encontrar: dolor infantil agudo, crónico, postoperatorio y el causado por procedimientos.

Dirigido al equipo multidisciplinar encargado del tratamiento del dolor, en el que el farmacéutico hospitalario debe posicionarse y formar parte.



con el aval de SEMDOR Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor

CURSO 2021/2022

### Avances en el tratamiento del dolor agudo y crónico infantil

- DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS
- COMPLETAMENTE ONLINE
- FACILIDADES DE PAGO

1ª Edición del 18 octubre de 2021- 28 de febrero

75€ al mes  
durante 4 meses

¡MATRÍCULA ABIERTA!

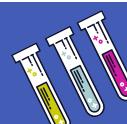
CURSO ONLINE · 200 horas equivalentes a 8 ECTS



[www.hygiea.university](http://www.hygiea.university)

[info@hygiea.university](mailto:info@hygiea.university)

Whatsapp +34 667 89 05 19



### Actividad en Twitter



@dolor\_sefh



Desde el lanzamiento en mayo de 2021 de nuestra cuenta de Twitter, continuamos día a día compartiendo conocimientos relacionados con el tratamiento del dolor: congresos desarrollados por las diferentes sociedades científicas, noticias publicadas en medios de comunicación, artículos de interés y demás información, para que pueda servir de aprendizaje y ayuda a todos los profesionales implicados en el abordaje multidisciplinar del dolor.

Actualmente contamos con 285 seguidores



A continuación compartimos algunos de los tweets destacados desde que dimos el paso de formar parte de esta importante red social:

Impresiones    Interacciones    Tasa de interacción



Grupo Dolor @dolor\_sefh 29 dic.

Como última publicación del año, os dejamos la guía NCCN sobre cuidados paliativos 2021.

<https://t.co/H4t6vir5sr>

¡Deseáros lo mejor para el año 2022 y que venga cargado de buenas expectativas!

312

11

3.5%

Grupo Dolor @dolor\_sefh 8 feb.

El cuestionario Pain Detect es una herramienta ampliamente usada en las unidades de dolor para diagnosticar dolor neuropático y evaluar sus características.

822

80

9.7%

Grupo Dolor @dolor\_sefh 17 feb.

El trabajo multidisciplinar en el abordaje del dolor crónico es esencial y la evidencia así lo demuestra: la base de la terapia radica en medidas no farmacológicas, psicológicas y físicas que permitan la reducción/optimización en el consumo de analgésicos.

549

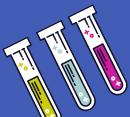
41

7.5%

Como promedio, se han conseguido 27 impresiones por día en los últimos 90 días.

@dolor\_sefh

¡Síguenos y  
mantente a la  
última!



### Proyecto MEDPAIN

- Fase 1. Encuesta nacional: *completada*.
- Fase 2. Análisis de datos: *completada*.
- Fase 3. Búsqueda y cotejo de información bibliográfica: *en proceso*.
- Fase 4. Elaboración de documento guía.



#### MAPA DE UTILIZACIÓN DE MEZCLAS ANALGÉSICAS POR VÍA PARENTERAL E INTRATECAL EN ESPAÑA (PROYECTO MEDPAIN): RESULTADOS PRELIMINARES

C Lara-Cátedra<sup>1</sup>, C López-Cabezas<sup>2</sup>, I García-López<sup>1</sup>, E. García-Cabrera<sup>1</sup>, JM Alonso<sup>2</sup>, AM Martín de Rosales<sup>2</sup>, N Sala<sup>1</sup>, M Elviro<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Grupo de Trabajo Dolor-SEFH, <sup>2</sup>Grupo de Trabajo Farmacotecnia-SEFH, <sup>3</sup>Delos Clinical (apoyo investigación SEFH)

##### OBJETIVO:

Conocer las principales mezclas analgésicas que se utilizan en España para el tratamiento del dolor agudo, dolor crónico y sedación paliativa por vía parenteral e intratecal

##### MÉTODO:

Cuestionario multirespuesta (software RedCap®) distribuido a los socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)

##### RESULTADOS:



##### Mezclas por VÍA DE ADMINISTRACIÓN:

Intravenosa: 66,7% Subcutánea: 24,5%  
Epidural: 15% Intratecal: 3,2%

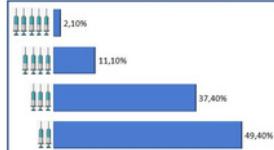
##### MEZCLAS ANALGÉSICAS MÁS FRECUENTES

Tramadol/ Dextketoprofeno; 23%

Tramadol/ Metamizol; 26%

Morfina/Midazolam; 93%

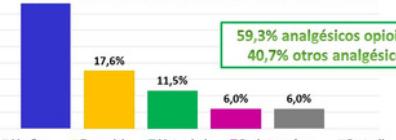
##### Número de fármacos por mezcla



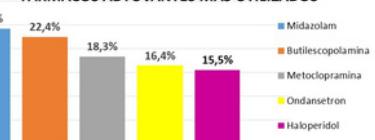
50,6% mezclas de 3 o más fármacos

22% de las mezclas preparadas en Farmacia

##### FÁRMACOS ANALGÉSICOS MÁS UTILIZADOS



##### FÁRMACOS ADYUVANTES MÁS UTILIZADOS



##### CONCLUSIÓN:

Con una **buenas representatividad territorial**, de centros sanitarios y número de mezclas, este es el **primer estudio** que refleja la **variabilidad** de mezclas analgésicas que se utilizan en el tratamiento del dolor a nivel nacional.

Es el **primer paso** para aportar información sobre compatibilidad, estabilidad físico-química y manejo correcto de estos fármacos para **garantizar un tratamiento óptimo y seguro**

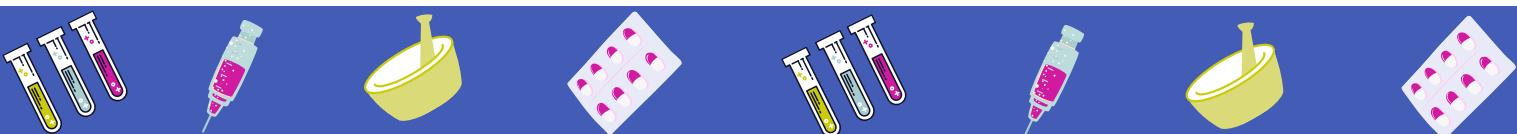
Comunicación Científica N° 1035

66 Congreso Nacional SEFH - Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

En la anterior edición de la Newsletter anunciamos que los datos de los resultados preliminares fueron presentados en el 66 Congreso SEFH, y seleccionado como una de las 10 mejores Comunicaciones Orales del Congreso.

Actualmente, tanto el grupo Dolor como el Grupo Farmacotecnia se encuentran en proceso de comunicación con *Delos Clinical* para llevar a cabo la elaboración de un documento con los datos definitivos registrados.

En los próximos meses se pedirá la colaboración de los miembros adheridos para participar en esta fase 3 del proyecto en calidad de investigadores colaboradores.



### FUTUROS PROYECTOS DEL GRUPO



### Colaboración con Grupo CRONOS



Como comentábamos en la edición de JUN'21 de nuestra Newsletter, el dolor es una de las principales causas de discapacidad y sufrimiento, constituyendo un problema de salud cuyo abordaje debe realizarse de manera multidisciplinar. Para ello es necesaria la correcta formación, conocer las alternativas farmacológicas disponibles, indicaciones, posologías y riesgos, contribuyendo a una farmacoterapia racional, eficaz y segura del dolor.

Se ideó así la realización de una colaboración con el Grupo de Trabajo CRONOS, inicialmente previsto para enero/22.

El formato de la colaboración (Webinar/Taller/Jornada/Curso precongreso) será definido en breve y se comunicará la fecha de su realización.

### Congreso SEFH 2022

El Grupo Dolor trabajará en diferentes propuestas para la elaboración de un taller o curso precongreso que forme parte del 67 encuentro de la SEFH que tiene lugar del 24 al 26 de Noviembre en Barcelona.



### Proyectos de Docencia



Dada la implicación que como grupo de trabajo tenemos en la docencia, vemos necesaria la presentación de un nuevo proyecto para la próxima convocatoria de ayudas a proyectos de la SEFH.

Tras la propuesta de varios temas a abordar en dicho proyecto se ha llegado al acuerdo de que el tema a tratar en esta convocatoria sea el Dolor Postoperatorio.

Actualmente, se ha abierto un plazo de una semana para que los voluntarios que lo deseen presenten sus propuestas de proyecto para la posterior redacción del mismo.



### Colaboración con Grupo FAQUIR



Se realizará un taller/ponencia junto con el Grupo de Trabajo FAQUIR para hablar de dolor agudo postoperatorio. Dos miembros de nuestro grupo expondrán las mezclas analgésicas disponibles y más comúnmente usadas en dolor postoperatorio (tras los resultados obtenidos en proyecto MEDPAIN) mientras que dos miembros de FAQUIR expondrán un caso clínico de dicho tipo de dolor y cómo se realizaría el abordaje de éste.



### PRÓXIMAS IDEAS Y COLABORACIONES



## Colaboración con Grupo ETHOS



Recientemente, desde el Grupo de Trabajo ETHOS, se ha propuesto la creación de alianzas con nuestro grupo de trabajo para en un futuro próximo llevar a cabo algún tipo de colaboración.

Dicho deseo de colaboración ha surgido de la certeza de que el dolor y la ética están íntimamente ligados. El dolor es un síntoma presente al final de la vida y es prioridad tratarlo como imperativo ético para que los pacientes lleguen a ese momento de la manera más confortable posible.

En este punto se hace tangible la necesidad de la figura del Farmacéutico Hospitalario en los cuidados paliativos para que pueda aportar valor.

## Colaboración con Grupo NEUROPSIQUIATRÍA



Dado el creciente uso de fármacos del grupo de los opioides y las consecuencias derivadas de la adicción que este consumo puede ocasionar, desde el Grupo de Trabajo NEUROPSIQUIATRÍA de la SEFH se ha propuesto una colaboración con el Grupo de Trabajo DOLOR.

En esta colaboración, aun por definir, se abordarán dichos temas, dada la afectación neuropsiquiátrica que puede conllevar el uso abusivo de opioides y en lo que podrán formarnos nuestros compañeros de Neuropsiquiatría, a la vez que podremos, desde nuestro grupo, trabajar en un uso adecuado de estos fármacos.



### AGENDA DEL CUATRIMESTRE

- 07 ABR. Día Mundial de la Salud.
- 07 MAY. Día Mundial de la Espondilitis Anquilosante.
- 12 MAY. Día Internacional de la Enfermera y Día Mundial de la Fibromialgia.
- 13 MAY. Día del Niño Hospitalizado.
- 20 MAY. Día Internacional de los Ensayos Clínicos.
- 21 JUN. Día Mundial de la lucha contra la ELA.
- 26 JUN. Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas.
- 22 JUL. Día Mundial del Cerebro.



### MONOGRAFÍA DEL CUATRIMESTRE

## BLOQUEO HIPOGÁSTRICO INFERIOR PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor pélvico se describe como un dolor que se origina en el sistema visceral o somático (T10 e inferior) que se localiza en la pelvis, la pared abdominal anterior al nivel del ombligo o por debajo o zona lumbosacra, tanto en hombres como en mujeres.

Se describe como un dolor no cíclico persistente en la región pélvica lo suficientemente grave como para causar una discapacidad funcional, que requiere tratamiento médico o quirúrgico y que dura más de tres a seis meses sin un proceso de enfermedad subyacente definido.

El dolor pélvico crónico es multifactorial, y los ejemplos de condiciones de dolor que podrían coexistir son la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o el síndrome del intestino irritable.

El suelo pélvico está compuesto por los músculos piriforme, coccígeo, elevador del ano, esfínter anal interno y cuerpo perineal, dando soporte a la articulación sacroilíaca y los órganos pélvicos. Dicha estructura musculo-esquelética se encuentra inervada por plexos hipogástricos superior e inferior, por lo que la afectación de este conjunto de nervios conduce a la generación de un estímulo doloroso.

El atrapamiento del nervio debido a estiramiento, compresión, fibrosis o sutura, y la lesión debido a la segunda etapa prolongada del trabajo de parto o el tratamiento con láser de las estructuras perineales podría ser una fuente importante de origen del dolor pélvico.

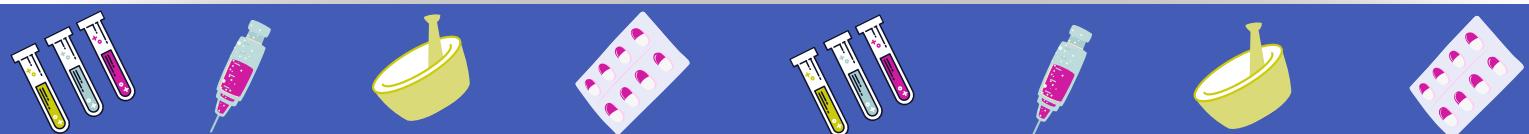
El manejo del dolor pélvico crónico (*UpToDate, Metaanálisis en red de eficacia de bloqueadores alfa<sup>3</sup>*) puede realizarse mediante técnicas no farmacológicas (fisioterapia y manipulación osteopática) y farmacológicas.

El abordaje farmacológico puede llevarse a cabo con los siguientes grupos de fármacos:

- Antagonistas alfa-adrenérgicos (Doxazosina): uso fuera de indicación en dolor pélvico causado por expulsión de cálculos. Dosis: 4 mg/día vía oral..
- Gabapentinoides:
  - Gabapentina: 400 mg/día vía oral.
  - Pregabalina: 150 mg/día vía oral.
- AINES: limitados a dolor pélvico derivado de procesos oncológicos.
- Opioides: limitados a dolor pélvico derivado de procesos oncológicos.

El abordaje intervencionista previamente se centraba en el bloqueo del plexo hipogástrico superior, de localización retroperitoneal, el cual está en desuso por el riesgo de inyección del tratamiento en cavidad peritoneal y riesgo de perforación intestinal. Este tipo de bloqueo se ha empleado en endometriosis refractaria a otros tratamientos.

Actualmente el bloqueo se realiza sobre el plexo hipogástrico inferior, el cual está conformado por un plexo lateral en cada pared pélvica (derecha e izquierda) e inerva los órganos pélvicos inferiores y los genitales.

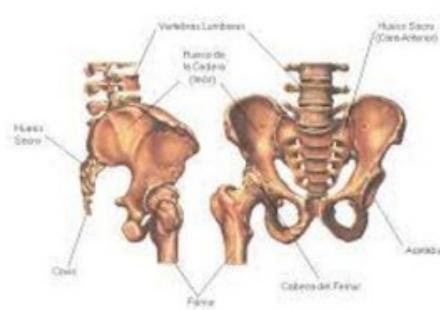


Se trata de un procedimiento eficaz y seguro para reducir los síntomas dolorosos del dolor pélvico crónico. El bloqueo se realiza bajo una guía fluoroscópica utilizando una combinación de anestesia local/esteroides para diagnosticar y tratar el dolor crónico mediado por el sistema simpático que afecta a las vísceras pélvicas inferiores.

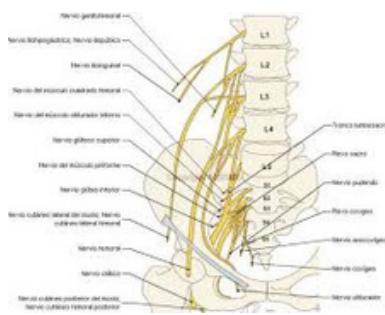
Existen varias técnicas de bloqueo para modular el dolor de las vísceras abdominales inferiores y pélvicas a través del bloqueo de la cadena simpática inferior. Existen varias opciones de intervención, incluidos los abordajes trans-sacro y transverso coccígeo.

El bloqueo hipogástrico inferior se realizó por primera vez mediante abordaje trans-sacro en 2007, documentado por Schultz. El abordaje trans-sacro se lleva a cabo utilizando una aguja espinal de calibre 22 a través de L5 - S1. La fluoroscopia se utiliza tanto para guiar la aguja a través del agujero sacro posterior y anterior como para confirmar la colocación de la punta de la aguja. El objetivo es colocar la aguja en la superficie sacra anterior e inyectar anestesia local para el diagnóstico o la terapia. Sin embargo, se ha visto que el abordaje trans-sacro promueve la distribución del anestésico al plexo hipogástrico superior y a las raíces nerviosas sacras anteriores, y con más riesgo de daño nervioso.

Actualmente el abordaje se realiza mediante intervención transverso-coccígea (unión sacro-coccígea).



Anatomía pélvica



Plexos hipogástricos inferior y superior

Realizar este abordaje implica una aguja doblada de calibre 22 con entrada por debajo del proceso transverso del cóccix (S2-S3). Mediante esta técnica se reduce el riesgo de daño a los nervios, especialmente cuando se combina con imágenes fluoroscópicas.

El bloqueo, una vez que se ha accedido al área sacro-coccígea se realiza mediante inyección de una mezcla de lidocaína al 2% (2 mL), bupivacaína al 0,25% (2 mL) y triamcinolona (10 mg).

Además, dado que el nuevo abordaje transverso coccígeo permite un fácil acceso al plexo hipogástrico inferior con una punción con una aguja, puede ser una alternativa útil a la técnica trans-sacra.

Las complicaciones de estos procedimientos involucran infecciones, hematomas, daño nervioso, parestesia y daño vascular. Además de las complicaciones, las contraindicaciones incluyen infección preexistente (local o sistémica), coagulopatías, alteraciones anatómicas y rechazo por parte del paciente.

Sin embargo, según los estudios de *Imani F. y Nabil D e Eissa AA*, puede concluirse que el abordaje transversal coccígeo del bloqueo del plexo hipogástrico inferior resulta de utilidad para diagnosticar y tratar el dolor visceral pélvico inferior crónico.

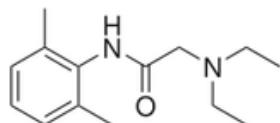


### LIDOCAÍNA TÓPICA EN TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO



La lidocaína tópica se usa ampliamente en la práctica actual para una amplia variedad de tipos de dolor, como es el caso del dolor crónico.

Se trata de un fármaco perteneciente a la familia de los anestésicos locales, concretamente del grupo de las aminoamidas.



Estructura molecular de lidocaína.

En la década de 1990, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó una formulación de parche de lidocaína al 5% (700 mg) para el tratamiento de la neuralgia posherpética (PHN). La dosis máxima recomendada es 2,1 g (3 parches) aplicados simultáneamente durante 12 h.

#### Farmacocinética:

- Absorción: 3% es absorbido sistémicamente y el 97% permanece en el área dérmica de la zona aplicada.
- Distribución: se une predominantemente a la glicoproteína ácida alfa-1 y se difunde pasivamente a través de las barreras placentaria y hematoencefálica.
- Metabolismo: tiene lugar en el hígado, transformándose en metabolitos inactivos.
- Eliminación: los metabolitos inactivos se excretan por los riñones con una vida media de eliminación ( $t_{1/2}$ ) de 7,6 h.

#### Farmacodinamia:

Bloqueante de canales de sodio dependientes de voltaje no selectivos (especialmente Nav 1.7 y 1.8) presentes en fibras aferentes del sistema nervioso. Otro mecanismo descrito es la activación de algunos receptores irritantes (TRPV1, TRPA1) en queratinocitos y las células inmunitarias que contribuyen a su efecto analgésico.

El uso de lidocaína en tratamiento del dolor crónico deriva de la refractariedad que un gran porcentaje (60%) de pacientes presenta a los tratamientos estándar del dolor crónico (AINEs, tramadol, opioides...), además de la limitación del uso de éstos debido a los efectos adversos que pueden acontecer.

Es por eso que se propone el uso de anestésico local, como la lidocaína tópica, debido a la eficacia que ha presentado en diversos estudios y a la falta relativa de efectos adversos.

La lidocaína tópica ha sido aprobada por las autoridades sanitarias para el tratamiento de la neuralgia posherpética en varios países, y los estudios presentan cierto grado de evidencia de su eficacia y seguridad en dolor neuropático diabético, síndrome del túnel carpiano, osteoartritis y dolor lumbar crónico.



En dolor neuropático periférico como la neuralgia postherpética, la lidocaína tópica 5% (700 mg) ha sido comparada con pregabalina a las dosis estándar empleadas, mostrándose un mejor perfil de efectos adversos de lidocaína. También ha demostrado ser una adecuada terapia complementaria en la reducción de alodinia y trastornos del sueño en escala NRS ( $p = 0,007$  y  $p < 0,001$ ).



En cuanto a la neuropatía periférica diabética se concluye que la lidocaína tópica ha demostrado una reducción en la Escala Analógica Visual (EVA) de dolor ( $p < 0,01$ ) frente a placebo. En comparación con pregabalina ha demostrado mayor tasa de respuesta (62,2% vs 46,5%). En este tipo de dolor, lidocaína 5% resulta ser un fármaco más eficaz y tolerable (tasa de efectos adversos 5,8% vs 41,2%). Puede frenar los factores inflamatorios del tejido dañado, que juegan un papel importante en el dolor.

En dolor ocasionado por síndrome del túnel carpiano, en comparación con acetato de metilprednisolona 40 mg inyectable durante 4 semanas, ha demostrado una disminución de la intensidad del dolor en escala EVA ( $p < 0,001$ ), además de preferirse administración tópica frente a administración sistémica. En este tipo de dolor también ha sido comparada con naproxeno 500 mg cada 12 h durante 6 semanas, registrándose unas puntuaciones de intensidad media del dolor (API) reducidas con lidocaína 5% ( $p < 0,0001$ ) y naproxeno ( $p = 0,0004$ ).



En dolor musculoesquelético como el dolor lumbar crónico, la lidocaína es molécula adecuada para uso como terapia complementaria ya que ha demostrado disminuir el uso de opioides. En osteoartritis se ha comparado el uso de lidocaína 5% tópica con celecoxib 200 mg/d, evaluado mediante puntuación en la escala WOMAC (Índice de Artritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster). Aunque en este caso no se obtiene un resultado satisfactorio con el uso de lidocaína, ésta ha demostrado ser adecuada terapia complementaria en pacientes que no consiguen alivio con tratamientos habituales.

En términos generales, la lidocaína tópica es segura y con buena tolerabilidad. El riesgo de efectos adversos es limitado porque la poca difusión sistémica reduce el riesgo de interacciones potenciales con medicamentos concomitantes.

Los efectos adversos informados con mayor frecuencia están relacionados con el lugar de aplicación, incluidas las reacciones cutáneas (picazón, eritema, ardor, erupción cutánea, edema y dermatitis). Estos son a menudo leves y se resuelven espontáneamente en unos pocos minutos u horas después de retirar el apósito. A largo plazo lidocaína 5% tópica se tolera adecuadamente, con un alivio sostenido del dolor para diferentes tipos de dolor crónico.



En pacientes con enfermedad hepática o renal se puede precisar, ocasionalmente, un ajuste de la dosis para evitar concentraciones tóxicas de lidocaína en sangre, especialmente en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada.

El uso de lidocaína 5% concomitante con otros anestésicos locales puede aparecer riesgo potencial de efectos sistémicos (dificultad respiratoria, convulsiones, mareo, somnolencia y paro cardíaco).

Dichos efectos sistémicos pueden aparecer también cuando el uso se realiza junto con fármacos antiarrítmicos de clase I.

La lidocaína tópica evita la vía sistémica del metabolismo del fármaco en comparación con otras vías, especialmente en personas con comorbilidades. La vía tradicional de administración de analgésicos para pacientes con dolor crónico es la terapia oral, aunque esto puede estar limitado en una serie de condiciones (comorbilidades, daño de órganos diana, EA e interacciones farmacológicas). La vía oral exhibe una variedad de efectos adversos potenciales, especialmente en pacientes vulnerables y paciente mayor con comorbilidades y polimedicado. De hecho, los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con la edad (disminución de la absorción, alteración de la distribución, metabolismo hepático y aclaramiento renal) aumentan el riesgo de múltiples trastornos, incluidos trastornos gastrointestinales, confusión, sedación y pérdida de memoria, lo que a menudo provoca un cumplimiento deficiente en las poblaciones geriátricas.

En términos de adecuado cumplimiento, el tratamiento local con lidocaína es fácil de administrar y por parte del paciente. La posibilidad de aplicar hasta tres apóritos o recortar el apórito para que se adapte a diferentes zonas del cuerpo permite una buena adaptación a la zona del dolor.

Dado esto, se recomienda la lidocaína 5% como posible tratamiento de primera línea para pacientes frágiles y de edad avanzada ya que el manejo tópico del dolor es una alternativa interesante para aliviar el dolor y mantener la integridad cognitiva.

En población infantil el alivio del dolor con lidocaína no se ha establecido adecuadamente. Un estudio prospectivo reciente respalda la eficacia de lidocaína 5% en niños y adolescentes con dolor neuropático localizado como parte de un enfoque multidisciplinario del dolor con buena tolerabilidad y seguridad. Sin embargo, se necesita precaución debido a la inmadurez de algunos sistemas neurales y de las vías del dolor que atraviesan una serie de estados funcionales de transición antes de alcanzar la madurez. También se necesita precaución debido al riesgo teórico de absorción sistémica de la lidocaína y sus efectos tóxicos graves.

En conclusión, la lidocaína tópica se usa ampliamente en la práctica actual para una variedad de tipos de dolor. Su absorción limitada y la relativa falta de eventos adversos sistémicos es una opción analgésica adecuada para una serie de pacientes vulnerables, siendo una de las razones que es analgesia ahorradora de opioides.



Apóritos de lidocaína 5%  
(700 mg)



Aplicación de apórito de lidocaína



### BIBLIOGRAFÍA



- 1- Le PU, Fitzgerald CM. Pelvic pain: An overview. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017;28(3):449–54. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.002.
- 2- Adamian L, Urits I, Orhurhu V, Hoyt D, Driessen R, Freeman JA, et al. A comprehensive review of the diagnosis, treatment, and management of urologic chronic pelvic pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2020;24(6):27. doi: 10.1007/s11916-020-00857-9
- 3- Qin Z, Wu J, Tian J, Zhou J, Liu Y, Liu Z. Network Meta-Analysis of the Efficacy of Acupuncture, Alpha-blockers and Antibiotics on Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Sci Rep.* 2016;6:35737. doi: 10.1038/srep35737.
- 4- Gabapentenoids in pain management in urological chronic pelvic pain syndrome: Gabapentin or pregabalin? *Neurourol Urodyn.* 2017 Nov;36(8):2028–2033.
- 5- Nagpal AS, Moody EL. Interventional Management for Pelvic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017;28(3):621–46. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.011.
- 6- Schultz DM. Inferior hypogastric plexus blockade: A transsacral approach. *Pain Physician.* 2007;10(6):757.
- 7- Choi HS, Kim YH, Han JW, Moon DE. A new technique for inferior hypogastric plexus block: A coccygeal transverse approach, a case report. *Korean J Pain.* 2012;25(1):38–42. doi: 10.3344/kjp.2012.25.1.38.
- 8- Posscher H. Blockade of the superior hypogastric plexus block for visceral pelvic pain. *Pain Pract.* 2001;1(2):162–70. doi: 10.1046/j.1533-2500.2001.01017.x.
- 9- Waldman SD, Wilson WL, Kreps RD. Superior hypogastric plexus block using a single needle and computed tomography guidance: Description of a modified technique. *Reg Anesth.* 1991;16(5):286–7.
- 10- Kanazi G, Perkins F, Thakur R, Dotson E. New technique for superior hypogastric plexus block. *Reg Anesth Pain Med.* 1999;24(5):473–6.
- 11- Erdine S, Yucel A, Celik M, Talu GK. Transdiscal approach for hypogastric plexus block. *Reg Anesth Pain Med.* 2003;28(4):304–8. doi: 10.1016/s1098-7339(03)00191-3.
- 12- Imani F, Varrassi G. Ketamine as adjuvant for acute pain management. *Anesth Pain Med.* 2019;9(6). e100178.
- 13- Nabil D, Eissa AA. Evaluation of posteromedial transdiscal superior hypogastric block after failure of the classic approach. *Clin J Pain.* 2010;26(8):694–7. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181dedfa9.
- 14- Dworkin RH, O'Connor AB, Audette J, et al. Recommendations for the pharmacological management of neuropathic pain: an overview and literature update. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(3 Suppl):S3–14.
- 15- Hermanns H, Hollmann MW, Stevens MF, et al. Molecular mechanisms of action of systemic lidocaine in acute and chronic pain: a narrative review. *Br J Anaesth.* 2019;123(3):335–349.
- 16- Buksnys T, Armstrong N, Worthy G, et al. Systematic review and network meta-analysis of the efficacy and safety of lidocaine 700 mg medicated plaster vs. pregabalin. *Curr Med Res Opin.* 2020;36 (1):101–115.
- 17- Pickering G, Voute M, Macian N, Ganry H, Pereira B. Effectiveness and safety of 5% lidocaine-medicated plaster on localized neuropathic pain after knee surgery: a randomized, double-blind controlled trial. *Pain.* 2019;160(5):1186–1195.

### COORDINADORES

María Elviro Lloréns, Javier Letélez Fernández

### AUTORA DE ESTE NÚMERO

María José Canalejo Fuentes

Editado por: Grupo Dolor de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Calle Serrano, 40 - 2º Dcha.

28001 Madrid.

Tel: +34 91 571 44 87 · Fax: 91 571 45 86

Email: sefh@sefh.es

