

TRATAMIENTO DEL DOLOR

INFLUENCIA CAPACIDADES PSICOMOTRICES



Dra. M^a Luisa Franco Gay
Directora Clínica Multidisciplinar Tratamiento Dolor
Clínica Praxis Bilbao
Hospital de Cruces

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN

TRATAMIENTO DOLOR CRONICO

YANTIL: NUEVO FARMACO

DEFINICION DEL DOLOR

<http://www.iasp->

[pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728)

- Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesión tisular real o potencial o a la consecuencia de dicha lesión**

- Dolor crónico como enfermedad en si mismo**



DOLOR CRÓNICO INTRODUCCIÓN



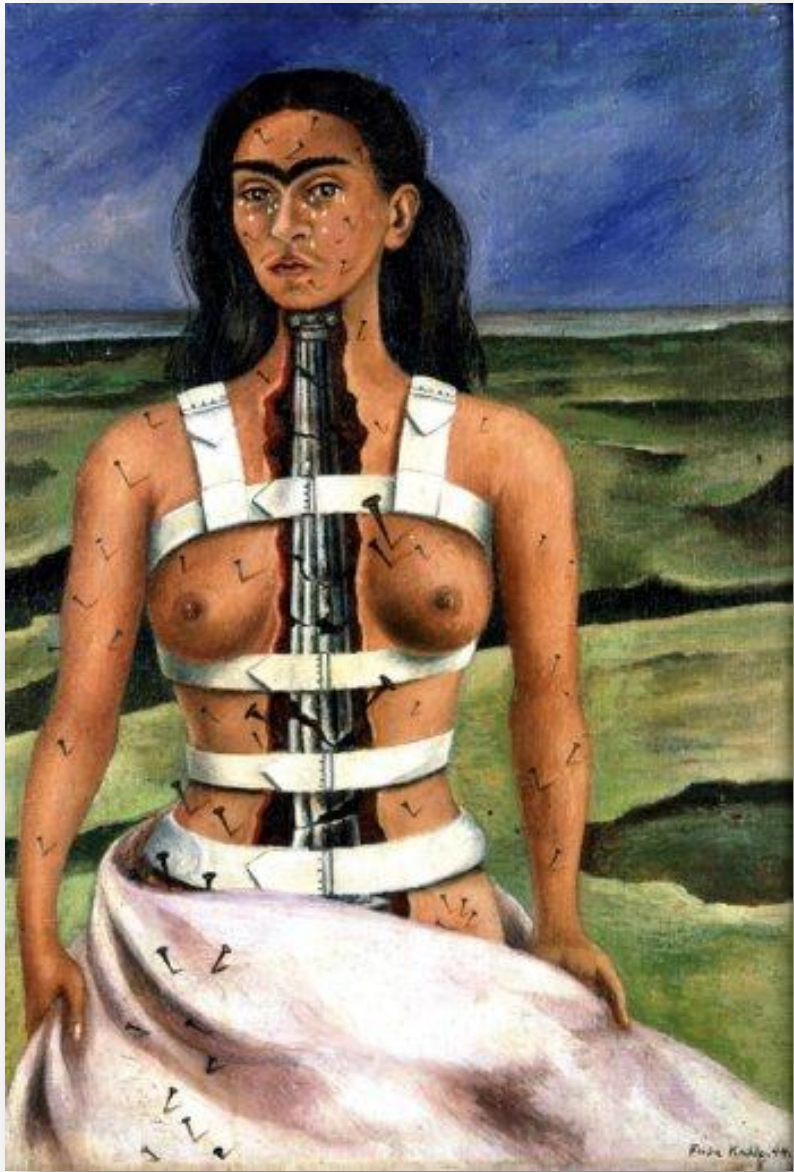
EMOCION



SENSACION

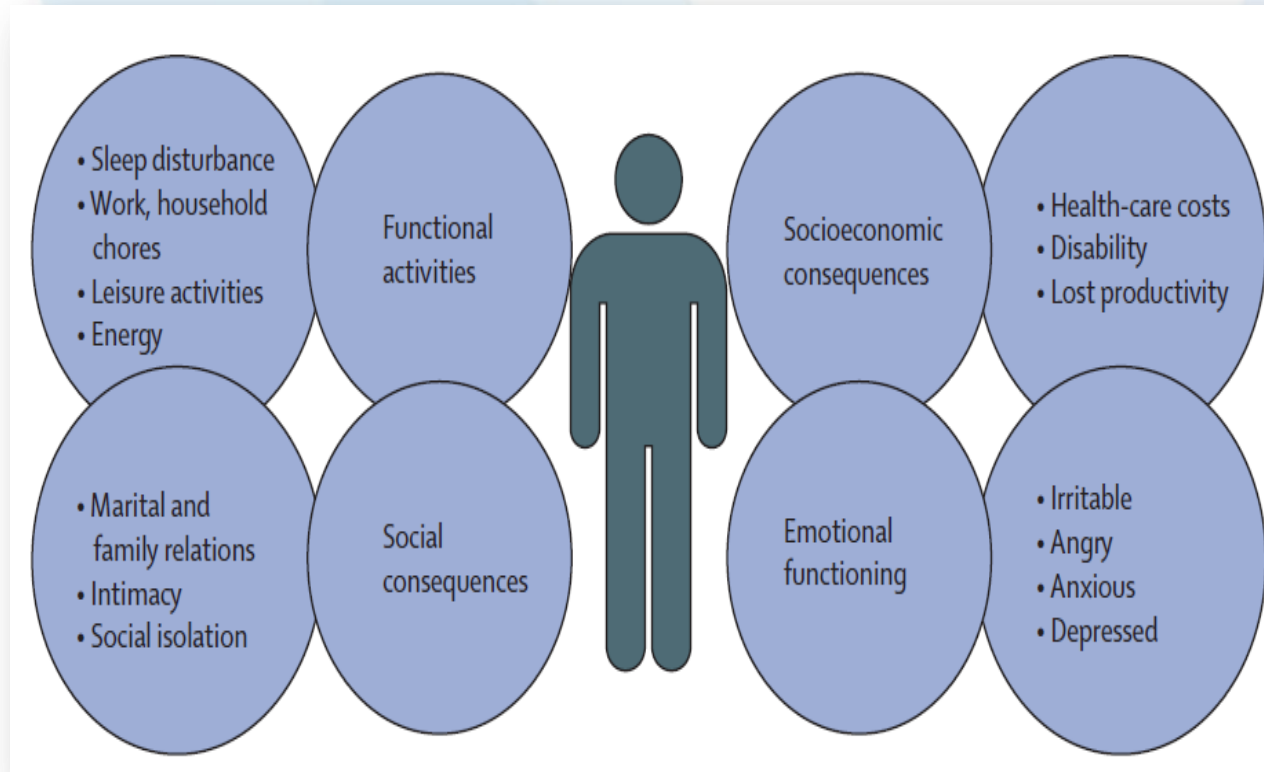


DOLOR CRONICO



Dolor Crónico

Introducción



Se necesitan fármacos que cubran NO solo la analgesia

Treatment of chronic non-cancer pain

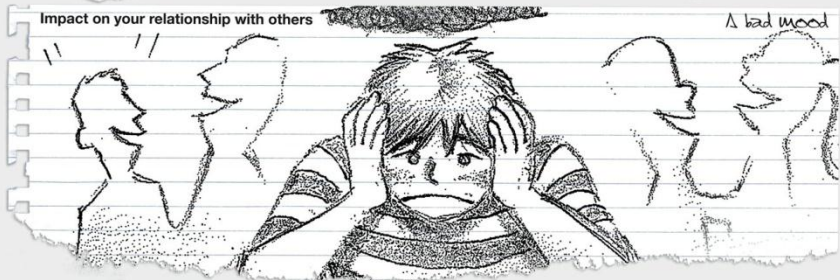
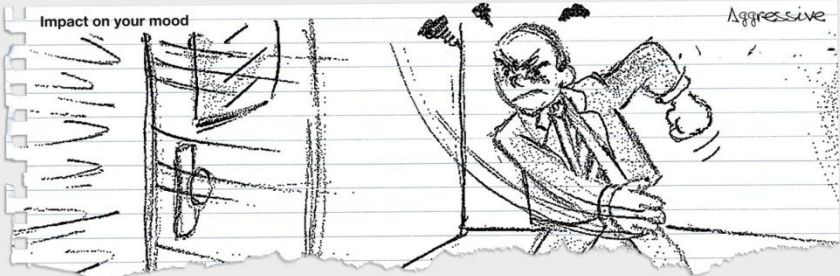
Dennis C Turk, Hilary D Wilson, Alex Cahana

THE LANCET

"Giving 100 mg of celecoxib with the combination of acetaminophen plus celecoxib safely reduces the risk of major thrombotic events in a wide range of patients with chronic kidney disease."

100 mg celecoxib + acetaminophen vs 100 mg celecoxib + acetaminophen + celecoxib

DOLOR CRONICO



What impact did your pain have on you today?

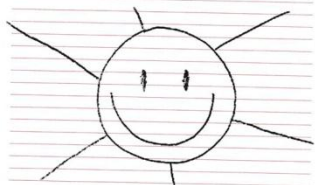
Patient 7, Belgium

CAMPAÑA

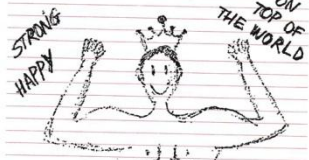
Pain STORY

Un año con el dolor

When your pain is 'better' show us what it is like.

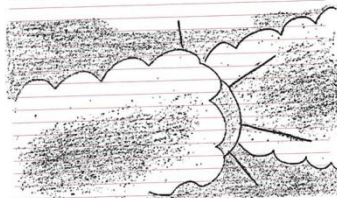


Show us how you feel.

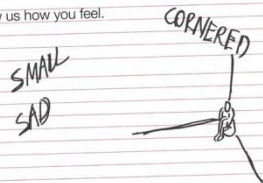


NOTES

When your pain is 'worse' show us what it is like.



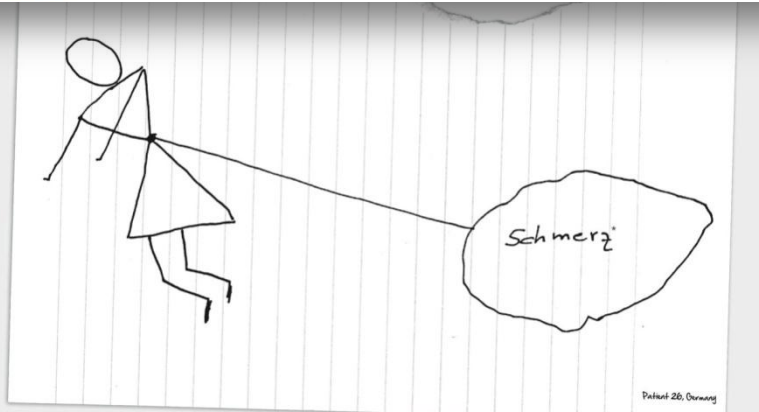
Show us how you feel.



NOTES

From the interviews we conducted, it is clear that people who suffer from chronic pain often have periods where the pain is better and periods where the pain is worse. Is this what it is like for you...?

Patient 8, Netherlands



Patient 26, Germany

Please think back over the last week and consider the role that pain has had in your life. Please use the space to describe or illustrate how the pain you have experienced in the last week has made you feel.

*Pain

EPIDEMIOLOGIA

PAIN STORY 2012

95% PACIENTES PRESENTAN DOLOR MODERADO
INTENSO

19% TIENDE A EMPEORAR

64% NO ESTA SATISFECHO CON EL TRATAMIENTO

EPIDEMIOLOGIA

PAINFUL THRU SURVEY 2013

60% CONTINUAN CON DOLOR A PESAR DEL
TRATAMIENTO

RIESGO DOBLE DE SUICIDIO QUE EN LA POBLACIÓN EN
GENERAL

64% INCOMPRESION POR PARTE DE MEDICOS Y
FAMILIARES

EPIDEMIOLOGIA

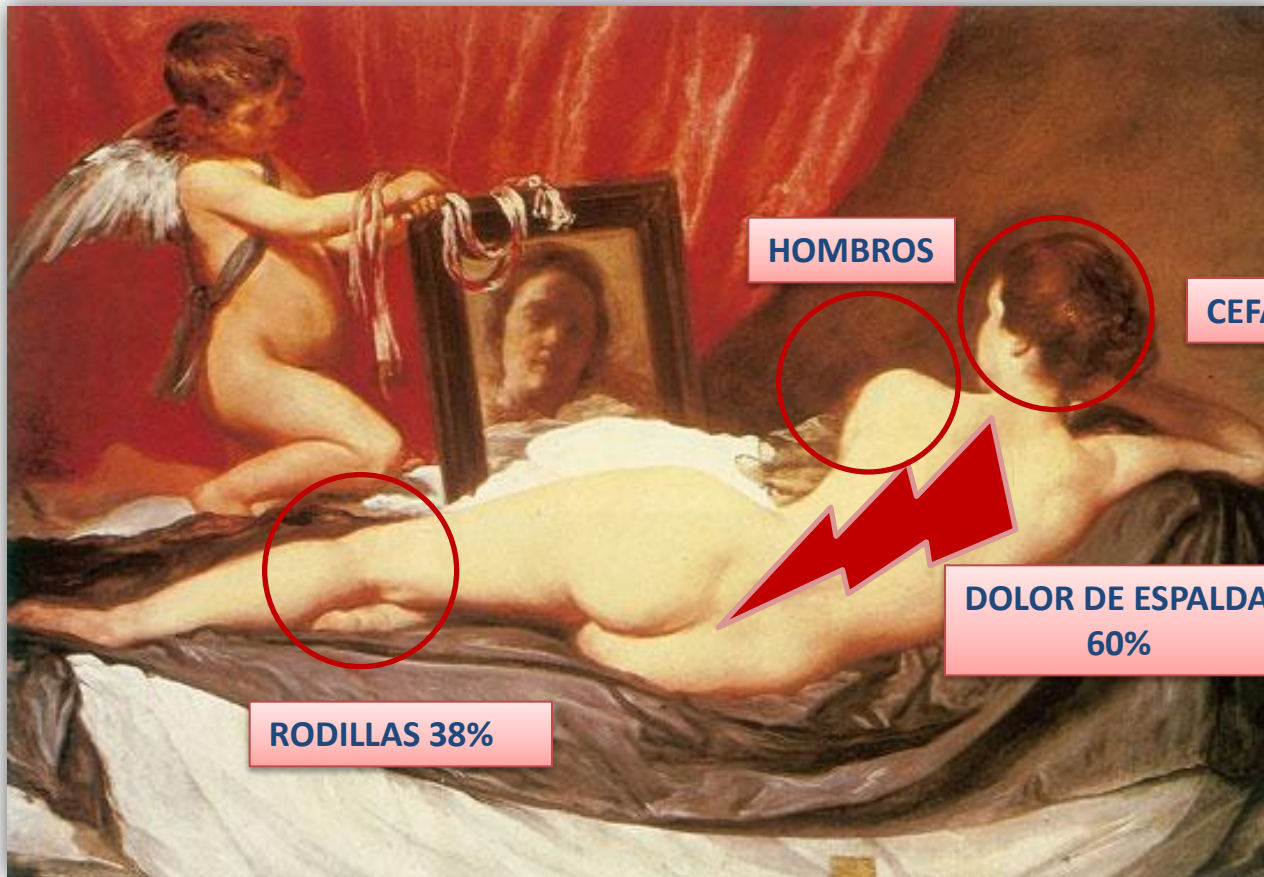
- ❑ **PAINFUL THRU SURVEY 2013**
 - ❑ **PAIS VASCCO : 237.000 PACIENTES**
 - ❑ **126.000 PACIENTES EN BIZKAIA**
 - ❑ **77.000 PACIENTES EN GIPUZKOA**
 - ❑ **34.000 PACIENTES EN ARABA**

EPIDEMIOLOGIA

EN TODAS LAS ENCUESTAS:

**DESCONOCIMIENTO DE
ESPECIALISTAS EN TRATAMIENTO DEL DOLOR**

EPIDEMIOLOGIA



- ❑ ETIOLOGIA DEGENERATIVA & ARTROSIS
- ❑ PREVALENCIA MAYOR EN LAS MUJERES

EPIDEMIOLOGÍA

- ☐ PREVALENCIA MAYOR EN MUJERES



- ☐ 4:1 FIBROMIALGIA

WWW.IASP-PAIN.ORG

EPIDEMIOLOGÍA

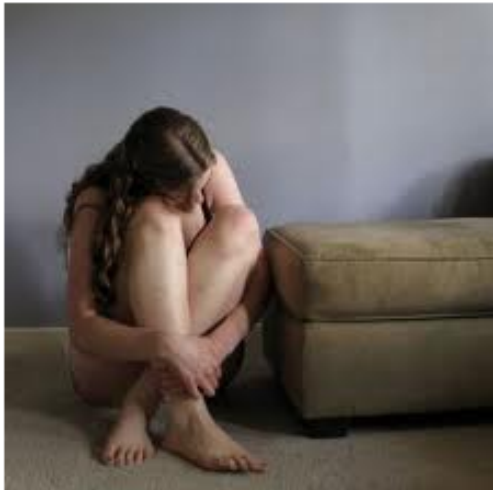


- PRESENTAN DOLORES MÚLTIPLES
- MAYOR GRADO DE INCAPACIDAD
- AFECTACIÓN PSICOLÓGICA
- RESPUESTA DIFERENTE A LOS OPIOIDES

EPIDEMIOLOGÍA

Las mujeres sufren más dolor crónico que los hombres

en Otras, Publicaciones. 06/09/2010



En la pasada Convención de la Asociación Americana de Psicólogos, celebrada en Agosto en San Diego, la Dra. Jennifer Kelly presentó este interesante tema que queremos resumir y comentar.

El dolor crónico afecta a una proporción mayor de mujeres que hombres en todo el mundo tenemos que alentar a las mujeres a asumir un papel más activo en su tratamiento y reducir el estigma y la vergüenza de este problema.

Las mujeres tienden a centrarse en los aspectos emocionales del dolor, mientras que los hombres tienden a centrarse en las sensaciones físicas que experimentan. Las mujeres que se concentran en los aspectos emocionales de su dolor en realidad pueden experimentar más dolor, posiblemente debido a que las

emociones asociadas con dolor son negativas. (1)

En el 2008 la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) publicó una encuesta nacional con perfil epidemiológico, con un énfasis especial en el Dolor en la Mujer. La encuesta termina con dos preguntas a los hombres sobre el dolor de las mujeres:

Cuando se pregunta a los hombres acerca de la credibilidad que le ofrece el dolor de las mujeres próximas: el 37% dudan que esos dolores sean verdaderos.

Al preguntarles si consideran que hay algún grado de exageración en la intensidad del dolor expresada por las mujeres: el 44% afirman que sí hay exageración

Los resultados están disponibles en las páginas web.

<http://www.dolor.org.co/>

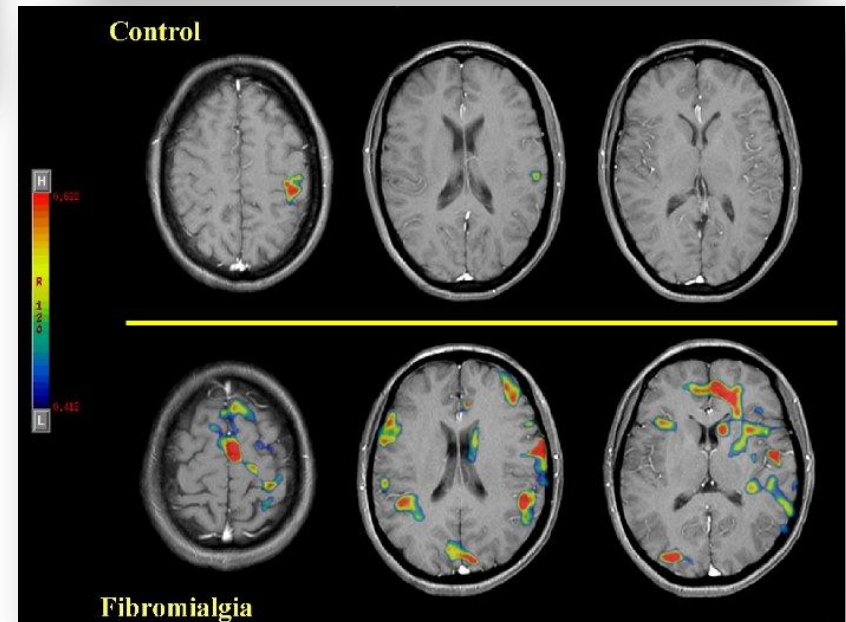
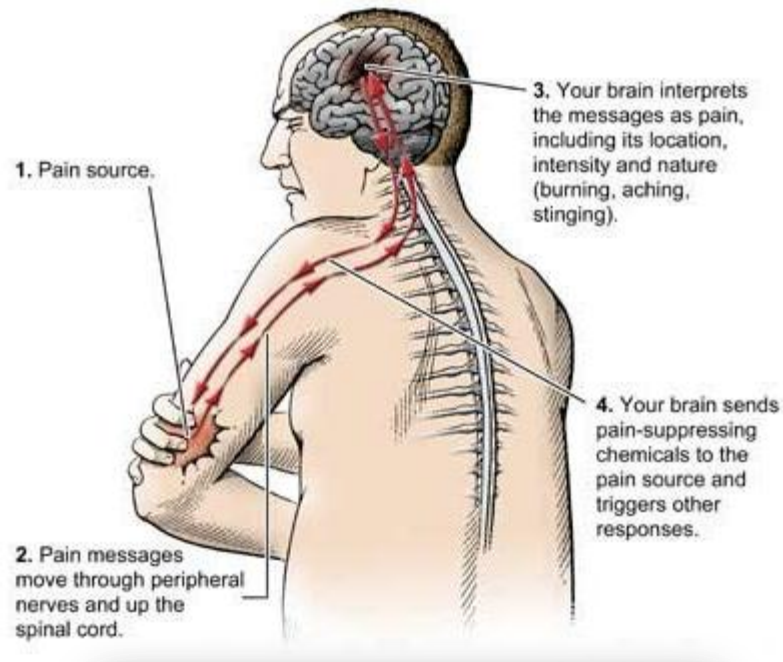
REPERCUSIÓN DEL DOLOR CRÓNICO

- ❑ **COMORBILIDAD**
- ❑ **RIESGO DE MUERTE**
- ❑ **AISLAMIENTO SOCIAL**

EFIC 2009, ERDINE S FUINSA 2010



PORQUE SE CRONIFICA EL DOLOR



FACTORES PSICOSOCIALES

■ depresión



■ problemas laborales



■ estrés



FACTORES PSICOSOCIALES

■ vida sedentaria



■ tabaco



■ obesidad



FACTORES PSICOSOCIALES

■ problemas familiares

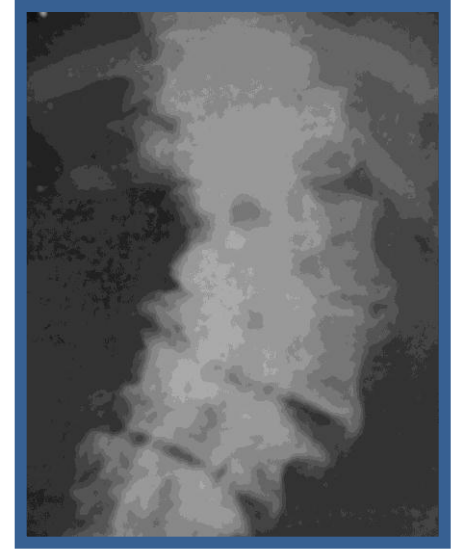


■ conductas
adictivas



AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA

□ 60-80%



Causas del dolor rebelde

atribuibles a médicos, pacientes, administración, sociedad en general

- ❑ aceptación del dolor
- ❑ desconocimiento de la fisiopatología y de los avances en el tratamiento
- ❑ miedo a los opiáceos

CONSUMO OPIOIDES

PMFARMA
PORTAL IBEROAMERICANO DE MARKETING FARMACEUTICO

NOTICIA del 06 Octubre 2010

El I Symposium de la EFIC presenta datos del NHWS de Kantar Health para evaluar el impacto socioeconómico del dolor

Concretamente en España:

- Alrededor del 75% de la población ha sufrido dolor moderado-severo en el último mes.
- Los productos más utilizados en estos casos son los AINES, seguidos de los derivados de los opioides, que tienen en España un uso significativamente menor que en el resto de Europa.
- El 24% de los pacientes con dolor afirman haber visitado Urgencias en los últimos 6 meses, lo que supone el doble de la media Europea.
- El porcentaje de ingresos hospitalarios en pacientes que sufren dolor es de un 8% en España.

CARTERA SERVICIOS UNIDAD DEL DOLOR

BLOQUEOS NERVIOSOS

RADIOFRECUENCIA

CAPSAICINA

TOXINA

TNS

SCS
ESTIMULACIÓN PERIFÉRICA

FARMACOS

INFUSIÓN ESPINAL

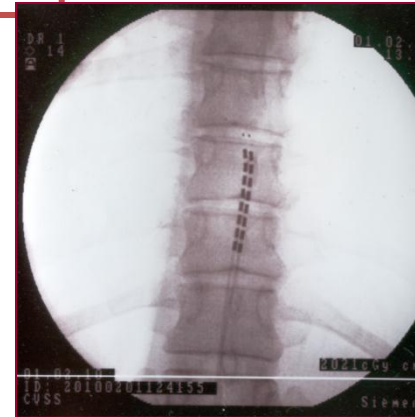
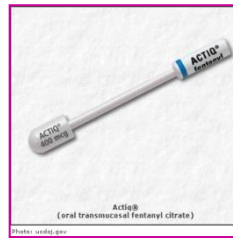
VALORACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO



ASCENSOR ANALGESICO



TRATAMIENTO DOLOR CRONICO



TRATAMIENTO DEL DOLOR CRONICO

- ❑ Facilitan el tratamiento individualizado
- ❑ Exige conocimiento tanto del paciente como de los diferentes fármacos
- ❑ Incluida la no prescripción en DCNM
(Ballantyne JC, Pain 2010)



LUMBALGIA INESPECÍFICA

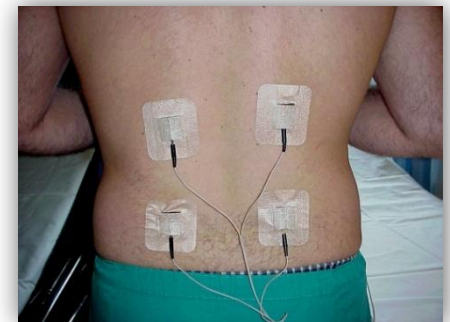
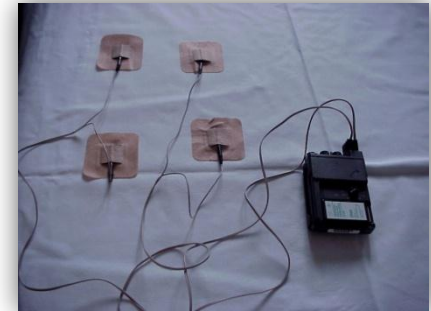


DOLOR CRONICO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR



- ❑ ANESTESIOLOGOS, PSICOLOGOS
- ❑ REHABILITADORES , FAMILIA
- ❑ PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL PACIENTE
- ❑ EJERCICIO 30 MINUTOS DIARIOS
- ❑ MEDIDAS ALTERNATIVAS



Causas dolor lumbar

❑ Hernias 20% < 40 años



❑ Enfermedad mecánico – degenerativa 80% > 40 años

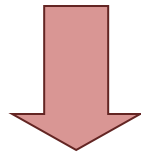


LUMBALGIA CRONICA

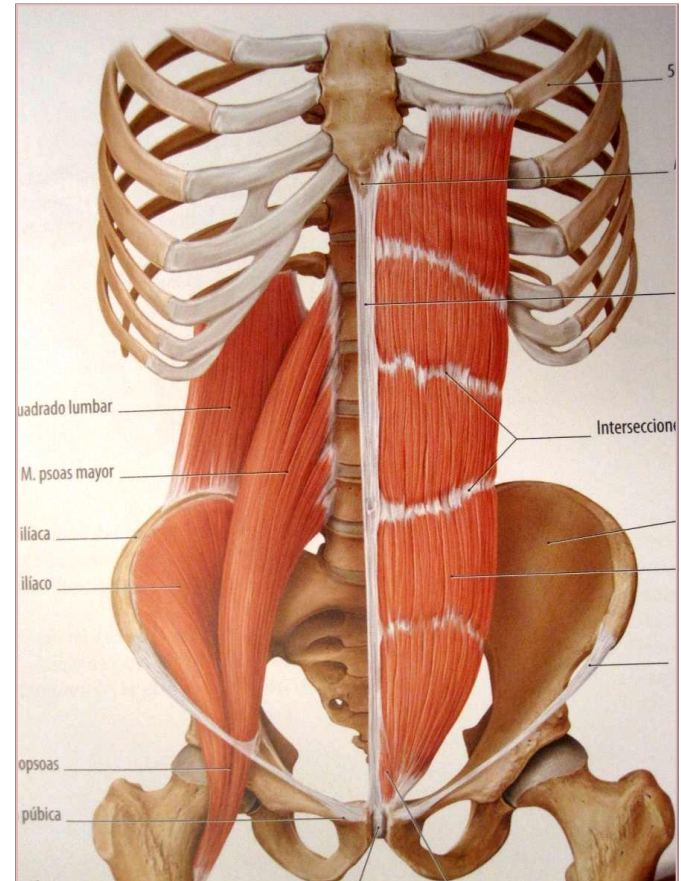
LESIONES DEL COMPARTIMIENTO POSTERIOR

- ❑ Dura dorsal
- ❑ Articulaciones interapofisarias
- ❑ Músculos y ligamentos

Lumbalgia
Síndrome facetario, miofascial



80 % del dolor espinal



DOLOR LUMBAR CRÓNICO

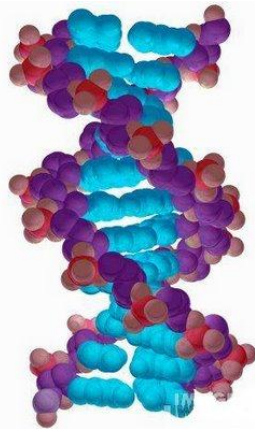
Causas

❑ DOLOR POSTLAMINECTOMIA



CAUSAS DOLOR LUMBAR

FACTORES EXTERNOS: TIPO DE TRABAJO, VIDA SEDENTARIA, TABACO, OBESIDAD



Dolor lumbar crónico

- establecer un buen diagnóstico
 - dolor mixto
- diseñar el tratamiento
- paciencia



INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

FÁRMACOS & TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS



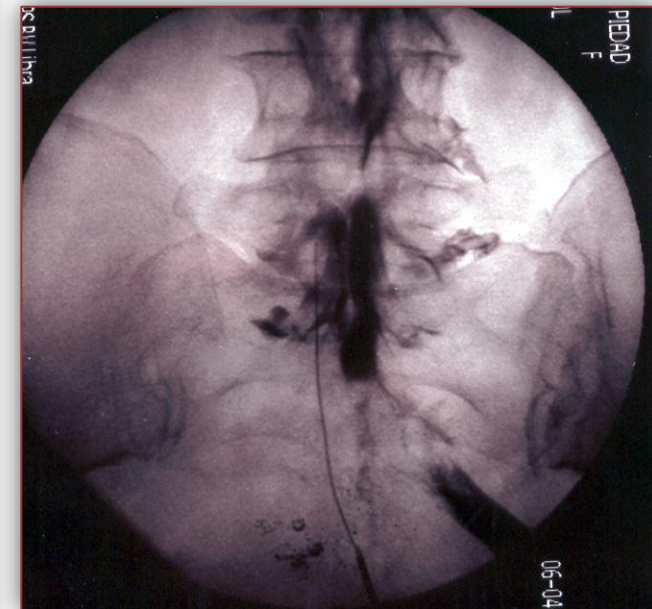
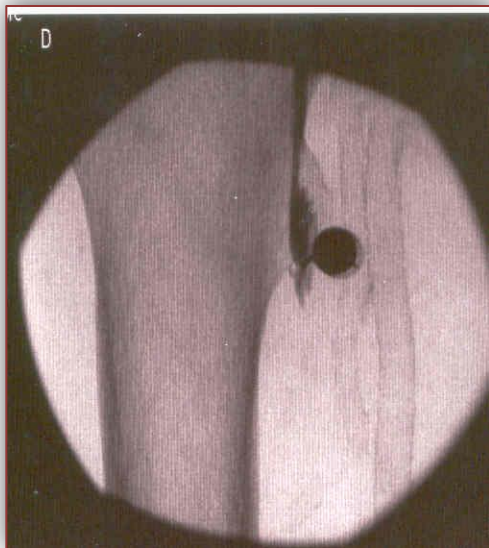
PSICOTERAPIA

EJERCICIO
FÍSICO

TERAPIA ALTERNATIVA

TECNICAS INTERVENCIONISTAS

MEDIDAS DE APOYO





YANTIL

**TAPENTADOL
NUEVA EVIDENCIA
CIENTÍFICA**

NOVEDAD TERAPEUTICA

Primer fármaco en su clase en 25 años.
Nueva clase de analgésicos de acción central para el dolor crónico intenso



Nueva clase de analgésico de acción central – MOR-NRI

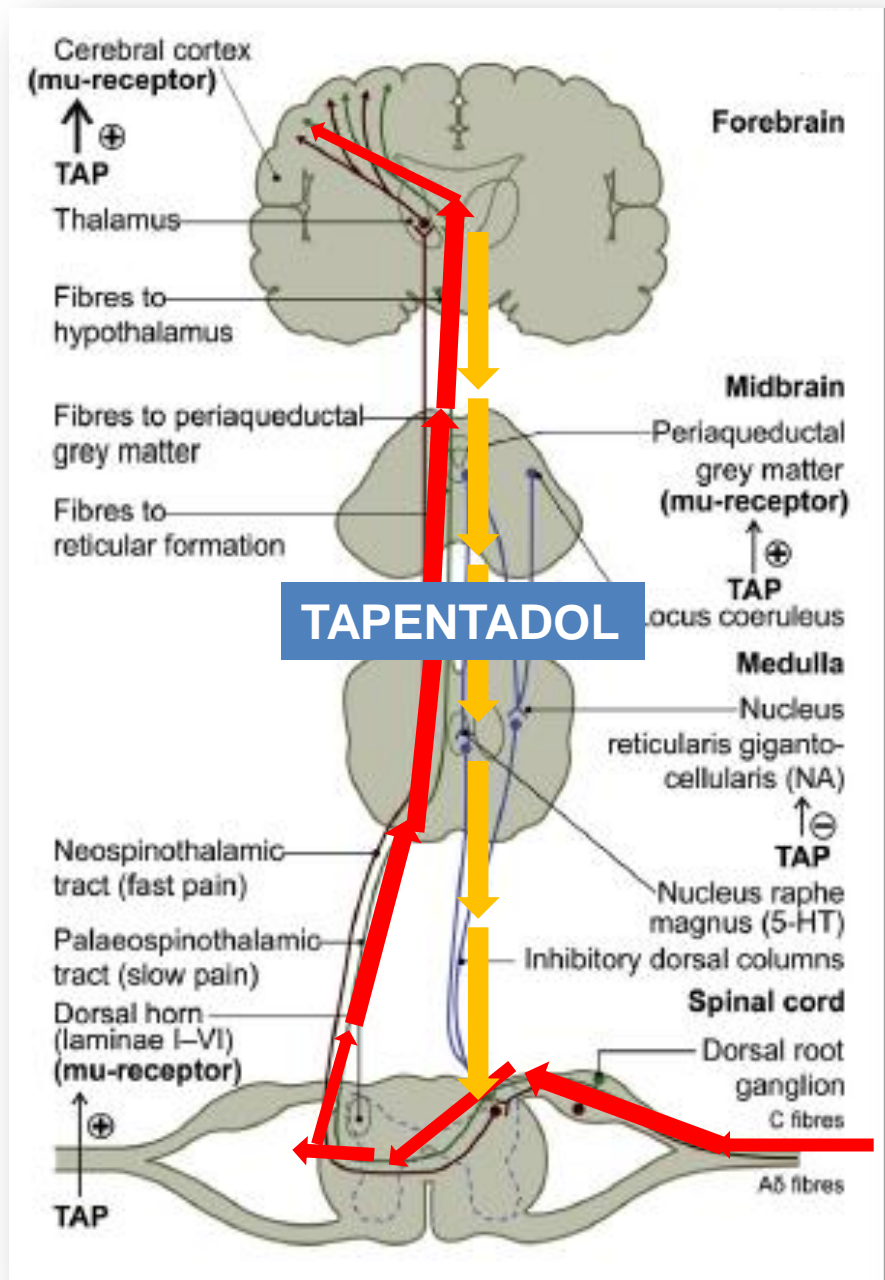
nephrine reuptake inhibitor⁷⁶. It is the first new drug in its class in more than 25 years. Tapentadol represents the first of a new generation of centrally-acting analgesics for severe pain relief. Its efficacy is similar to other classical strong opioids, but its safety profile has been improved since the incidence of side effects, such as nausea, vomiting, and constipation, is lower than that of classical opioids. Tapentadol and its two mechanisms of action: or

norepinephrine, and on the other hand it acts as a μ agonist and blocks pain transmission through the spinal cord. Its action as a μ agonist is responsible for some modification of pain features since it affects brain activity related to perception of pain. Blockade of norepinephrine uptake increases its levels in brain and causes the perception of pain to decrease significantly.

Tapentadol and its two mechanisms of action: Is there a new pharmacological class of centrally-acting analgesics on the horizon?

In view of the unique pharmacology of tapentadol, as outlined by Schröder et al. (in this issue), and in line with the opinion of the above mentioned panel of expert pharmacologists, it seems reasonable to propose that with the new analgesic drug tapentadol a new class of centrally-acting analgesics, designated MOR-NRI, has appeared on stage.

MOR



NRI

YANTIL

- **Principio activo** **Tapentadol** (hidrocloruro de tapentadol 3-1R, 2R-3-dimetilamino-1-etil-2-metilpropilenol)
- **Forma farmacéutica** **Comprimido de liberación prolongada** de un color distinto para cada formato de dosis (**50 mg, 100mg, 150mg, 200mg,250mg**).

La dosis de 25mg se utiliza para el ajuste de dosis.
- **Escalón OMS** Escalón III de la OMS – opioide potente
- **Forma de administración y posología** Vía oral, **2 veces al día**.

YANTIL

INDICACIONES

- **DOLOR CRONICO MODERADO INTENSO**
- **DOLOR NOCICEPTIVO & NEUROPATICO**
- **FICHA TECNICA 2014 & DOLOR ONCOLOGICO**

YANTIL

INDICACIONES

Tapentadol LP en EE.UU con indicación en dolor neuropático asociado a polineuropatía diabética.

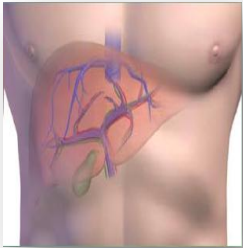
**FDA Approves NUCYNTA® ER (tapentadol)
Extended-Release Oral Tablets for the
Management of Neuropathic Pain Associated
with Diabetic Peripheral Neuropathy**

August 29, 2012

FARMACOLOGÍA

Biodisponibilidad: 32%...

Similar a morfina



Unión a proteínas: 20%

menor riesgo de interacciones

Metabolización: hepática

NO citocromo P450

menor riesgo de interacciones

No metabolitos activos

Eliminación:

renal 99%



CONVERSIÓN DE OPIOIDES



Es importante recordar que las tablas de conversiones son sólo aproximativas.

No se trata de un mero cálculo matemático, hay que tener en cuenta los motivos del cambio e individualizar las dosis de cada paciente dependiendo de su situación clínica.

La pauta posológica debe personalizarse en función de la intensidad de dolor del paciente.

<i>Tratamiento previo</i>	<i>Con una dosis de:</i>			
Morfina, oral (mg/d)	40 mg/d	80 mg/d	120 mg/d	160 mg/d
Oxicodona, oral (mg/d)	20 mg/d	40 mg/d	60 mg/d	80 mg/d
Oxicodona/Naloxona, oral (mg/d)	20/10 mg/d	40/20 mg/d	60/30 mg/d	80/40 mg/d
Tramadol, oral (mg/d) ^a	200 mg/d	400 mg/d	-	-
Hidromorfona oral (mg/d)	4 mg/d	8 mg/d	-	16 mg/d
Fentanilo, trasdérmico (mcg/h)	12 mcg/h	25 mcg/h	50 mcg/h	75 mcg/h
Buprenorfina, trasdérmico (mcg/h)	---	35 mcg/h	52,5 mcg/h	70 mcg/h
Tapentadol, oral (mg/d)	100 mg/d	200 mg/d	300 mg/d	400 mg/d

ESTUDIOS CLINICOS

❑ DOLOR NOCICEPTIVO

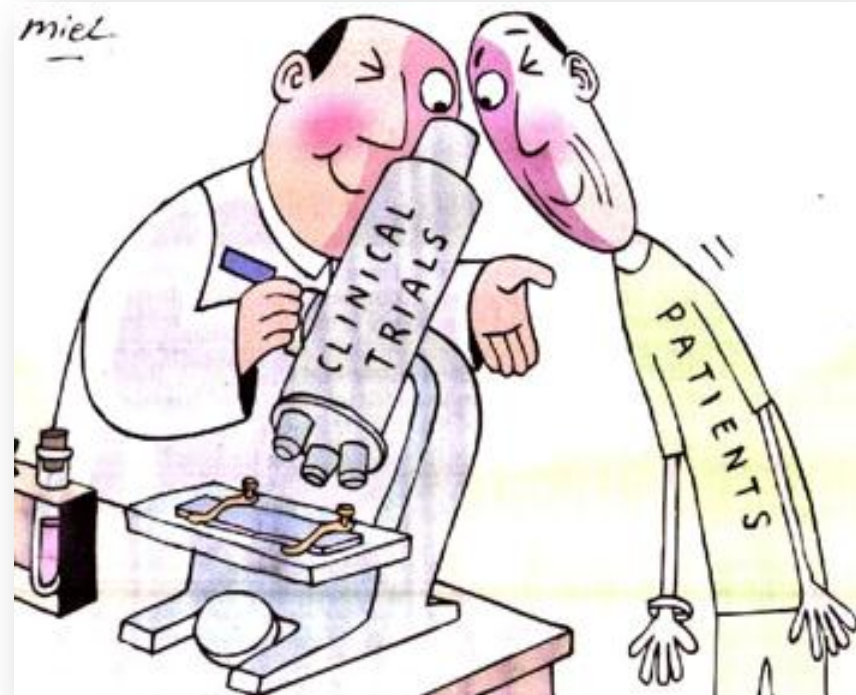
❑ LUMBALGIA & LUMBOCIATALGIA

❑ GONARTROSIS & COXARTROSIS

❑ DOLOR NEUROPATICO

❑ DOLOR MIXTO

❑ DOLOR ONCOLOGICO



ARTROSIS

Adv Ther (2013)
DOI 10.1007/s12325-013-0002-y

REVIEW

Tapentadol Extended Release for Chronic Pain Patients

Robert Taylor · Joseph V. Pergolizzi · Robert B. Raffa

Pain Physician 2013; 16:27-40 • ISSN 1533-3159

Clinical Trials Study

Efficacy of Tapentadol ER for Managing Moderate to Severe Chronic Pain

Marc Afilalo, MD, FACEP, FRCPC¹, and Bart Morlion, MD, PhD, DEAA²

ARTROSIS

Table 1. Study Design for Randomized, Phase 3 Studies of Tapentadol ER in Patients with Moderate to Severe Chronic Pain.

		Table 1 Tapentadol ER dosages administered in clinical trials						
		Study	Dose frequency				Mean total daily dose	
L ( (	Osteoarthritis knee pain (Osteoarthritis study 1; N = 1,023)	Afilalo et al. [45]	100–250 mg ER, b.i.d.				299.3 mg (over 15 weeks)	
		Buynak et al. [46]	100–250 mg ER, b.i.d.				313.2 mg (15 weeks)	
C o ( (	Osteoarthritis knee pain (Osteoarthritis study 2; N = 987)	Wild et al. [47]	100–250 mg ER, b.i.d.				326.7 mg	
		Steigerwald et al. [48]	50–250 mg ER, b.i.d.				311.2 mg (after 6 weeks)	
		Table 3 Comparison to step III opioids						
		Tapentadol versus:	Oxycodone	Hydromorphone	Morphine	Buprenorphine	Fentanyl	Oxymorphone
L ( (		Pain intensity	+	+	+	+	–	–
		>30% pain relief	+	+	NA	NA	NA	NA
C o ( (		>50% pain relief	+	NA	NA	NA	NA	NA
		PGIC	+	NA	NA	–	NA	NA
D ( (		Quality of sleep	–	–	–	–	–	–
		Quality of life	+	–	–	NA	–	–
L ( (		SAEs	+	+	+	–	+	NA
		Constipation	+	+	+	+	+	+
		Nausea	+	+	+	+	+	+
		Vomiting	+	+	+	+	+	+
		Somnolence	+	+	+	–	+	+
		Dizziness	+	–	–	–	–	+

+ favors tapentadol

– favors other compared step III opioid

NA not analyzed, PGIC patient's global impression of change, SAE serious adverse event

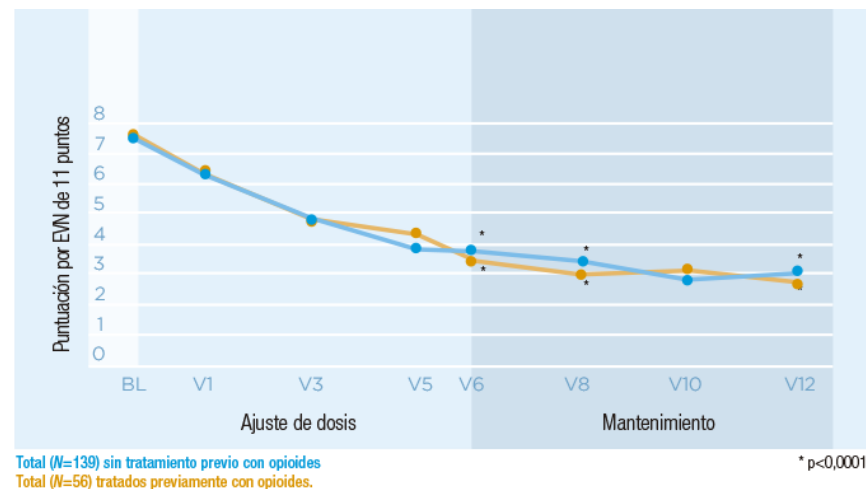
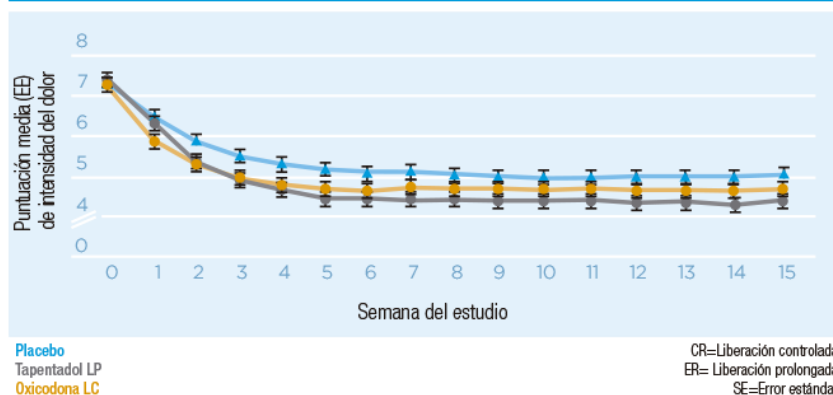
GONARTROSIS

Eficacia y seguridad de tapentadol de liberación prolongada comparada con oxycodona de liberación controlada en el tratamiento del dolor crónico relacionado con la artrosis de rodilla de intensidad moderada a severa.

Estudio en fase III, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y control activo.

Marc Afilato,¹ Mila S. Etropolski,² Brigitte Kuperwasser,² Kathy Kelly,² Akiko Okamoto,² Ilse Van Hove,³ Achim Steup,⁴ Bernd Lange,⁴ Christine Rauschkolb² and Juergen Haeussler²

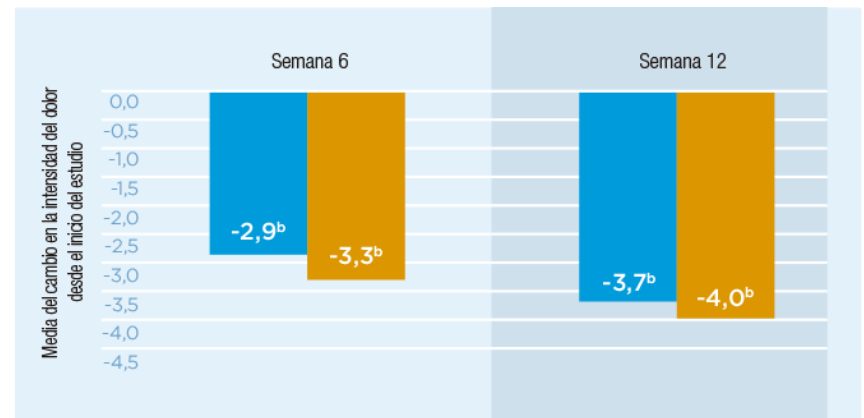
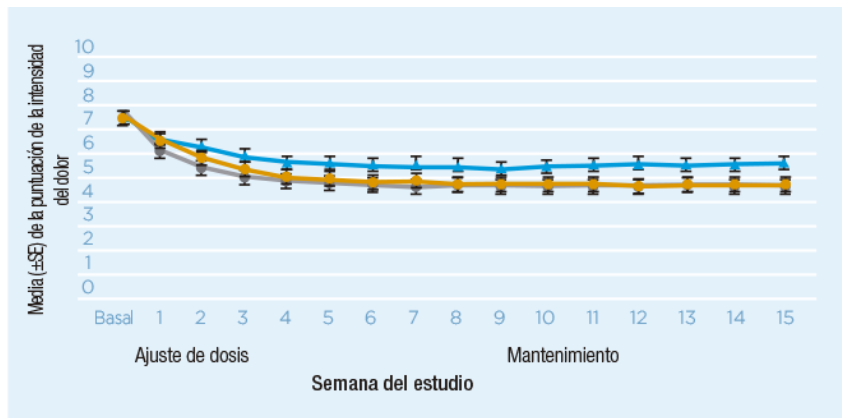
Figura 2. Media (SE) de la puntuación de la intensidad del dolor a lo largo del tiempo utilizando la última observación realizada (población por intención de tratar)



LUMBALGIA

Eficacia y seguridad de tapentadol de liberación prolongada en el tratamiento del dolor lumbar crónico: resultados de un estudio en fase III, prospectivo, randomizado, doble ciego y con control activo.

Robert Buynak, Douglas Y Shapiro, Akiko Okamoto, Ilse Van Hove, Christine Rauschkolb, Achim Steup, Bernd Lange, Claudia Lange & Mila Etropolski†

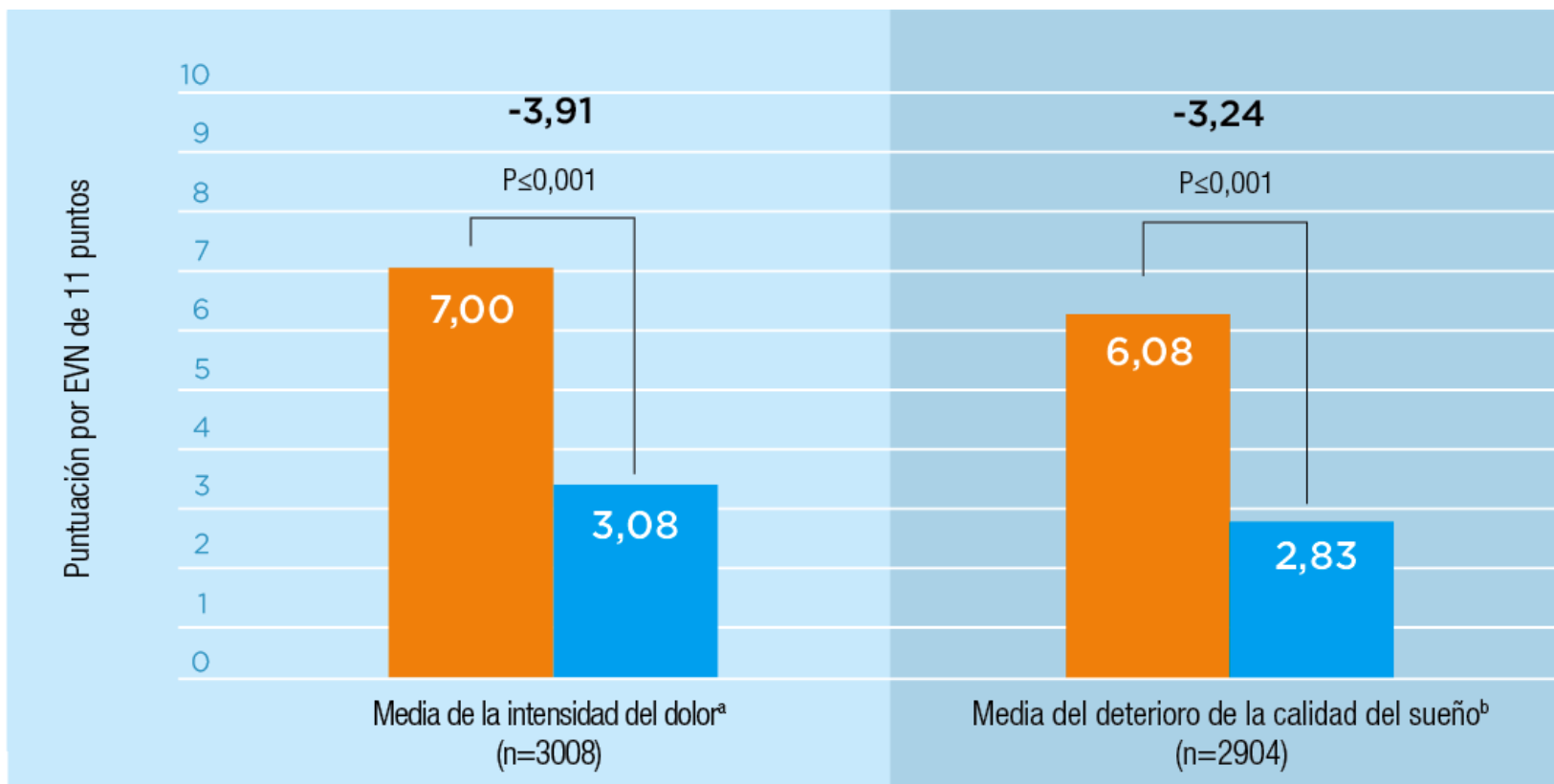


Placebo
Tapentadol LP
Oxycodona CR

placebODETECT negativo
placebODETECT indeterminado / positivo

†Basado en datos de casos observados; última observación realizada no utilizada
^bP<0,0001 comparado con el inicio del estudio.

DOLOR ONCOLOGICO

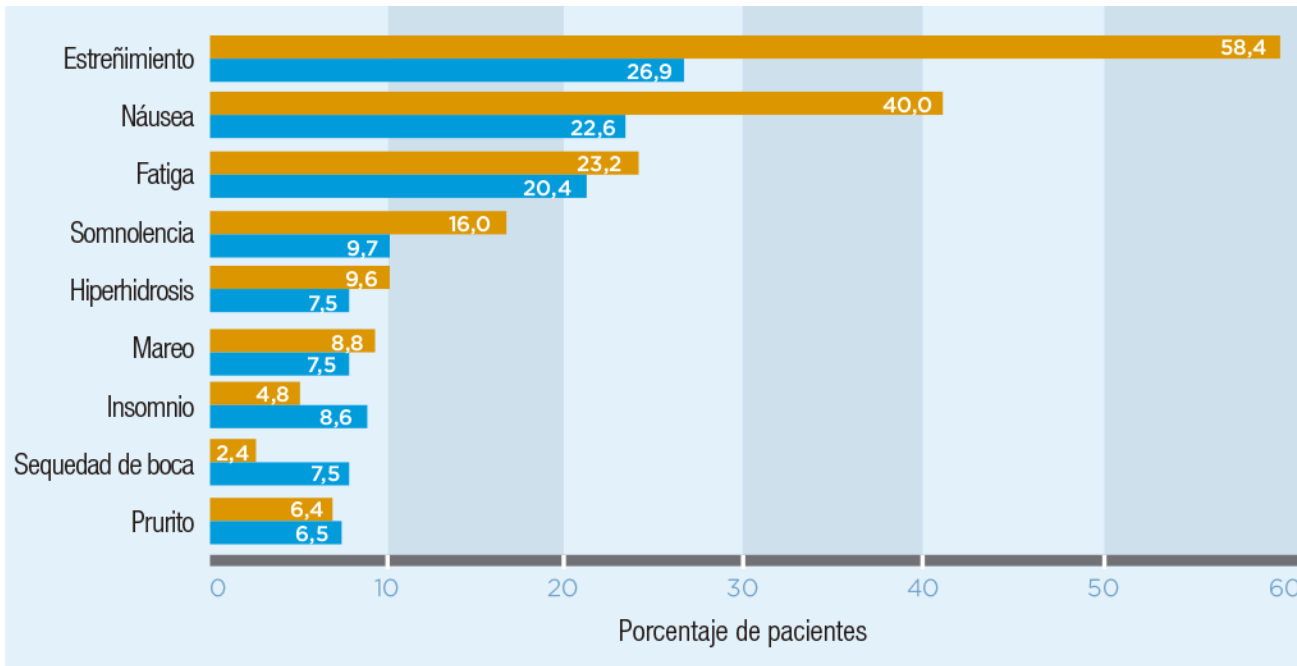


Antes de Tapentadol PR
En la visita final

PR, liberación prolongada. EVN, Escala Numérica.
^aEscala de 0 a 10; 0=no dolor. 10 máximo dolor imaginable.
^bEscala de 0 a 10; 0=no deterioro. 10 máximo deterioro imaginable.

TOLERABILIDAD

Menor porcentaje de efectos adversos en comparación con opioide previo



Semana -1 (en el escalón III de la OMS)

Semana 12 (con Tapentadol de liberación prolongada)

AE acontecimientos adversos, OMS Organización Mundial de la Salud.

*La prevalencia de estos efectos adversos fueron resumidos en la semana -1 (la semana previa al ajuste de dosis, en la que los pacientes eran tratados todavía en el escalón III de la OMS) y en la semana 12 (la semana final de tratamiento con Tapentadol de liberación prolongada).

*Los cambios interindividuales en la prevalencia de los AA (en la semana -1 vs semana 12) que fueron notificados como la razón subyacente para cambiar a tapentadol de liberación prolongada: estreñimiento (36,0% vs 18,3%), náusea (20,0% vs 14,0%), fatiga (11,2% vs 7,5%), somnolencia (10,4% vs 5,4%), hiperhidrosis (4,8% vs 2,2%), mareo (4,0% vs 2,2%) y prurito (2,4% vs 1,1%).

PRODUCTIVIDAD

Effect of Tapentadol Extended Release on Productivity *Results From an Analysis Combining Evidence From Multiple Sources*

TABLE 4. Effect of Tapentadol ER and Oxycodone CR on Constipation and Productivity

Measure	Median	95% CI
OR* for constipation (tapentadol ER vs. oxycodone CR)	0.40	0.32-0.50
Difference in percentage of time missed from work (absenteeism) [†]	-1.05 (-1.18) [‡]	-1.75 to -0.42 (-2.07 to -0.47) [‡]
Difference in percentage of impairment while working (presenteeism) [‡]	-1.89 (-2.17) [‡]	-2.49 to -1.36 (-2.96 to -1.50) [‡]
Difference in percentage of overall work productivity loss [†]	-1.92 (-2.19) [‡]	-2.59 to -1.32 (-3.07 to -1.47) [‡]

Alta Productividad



CONCLUSIONS

Use of tapentadol ER was associated with increased productivity in all dimensions—decreased absenteeism, presenteeism, and overall work productivity loss—compared with oxycodone CR. Multiparameter evidence synthesis is a powerful tool that capitalizes on available evidence so that better informed medical decisions can be made.

Original article

Clinical and economic evaluation of tapentadol extended release and oxycodone/naloxone extended release in comparison with controlled release oxycodone in musculoskeletal pain



Based on the findings from the present health-economic evaluation, both tapentadol ER and oxycodone/naloxone ER are cost effective interventions when compared with CR oxycodone; however, tapentadol ER was shown to provide better clinical outcomes at lower costs, by indirect comparison with oxycodone/naloxone ER. Therefore, tapentadol ER is likely to be a cost effective first-line treatment in patients with chronic, severe, musculoskeletal pain in Italy.

CONDUCCION

Pain Ther
DOI 10.1007/s40122-014-0025-3

ORIGINAL RESEARCH

Driving Ability in Patients with Severe Chronic Low Back or Osteoarthritis Knee Pain on Stable Treatment with Tapentadol Prolonged Release: A Multicenter, Open-label, Phase 3b Trial

Rainer Sabatowski · Rüdiger Scharnagel · Anne Gyllensvärd · Ilona Steigerwald

CONCLUSION

Results of this trial based on a global judgment parameter suggest that most patients under treatment with a stable dose of tapentadol PR

(50–250 mg bid) for the management of severe chronic pain would be able to drive. Outcomes of the current study are overall consistent with earlier studies [9, 10], supporting driving ability for patients under stable treatment with strong



CAPACIDADES PSICOMOTRICES



Documento de Consenso

Fármacos y Conducción

Coordinadora

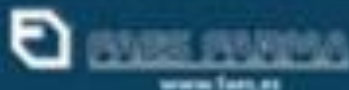
E. Redondo Margüello

Autores

F.J. Atienza Martín
C. Cociña Abella
J.C. Gómez Martínez
E. Mirabet Lis

F. Pérez Torralba
J. Polo García
D. Ramírez Puerta
M. Ricote Belinchón

Con la colaboración de



CAPCIDADES PSICOMOTRICES

Algunos datos en la seguridad vial

- El 5% de los AT está relacionado con el consumo de medicamentos.
- El 25% de los medicamentos de venta en nuestro país pueden interferir con la conducción de vehículo.
- En España casi un 30% de los conductores está bajo tratamiento farmacológico.
- El 25-30% de la población conductora se automedica
- En la mayoría de los casos, el paciente desconoce el riesgo potencial del tratamiento en la conducción y no ha recibido información específica al respecto por parte de los profesionales sanitarios.

CAPACIDADES PSICOMOTRICES

El médico en la prescripción/indicación de medicamentos al paciente conductor

- Recoger en la historia clínica los hábitos de conducción.
- Anotar si se desaconseja conducción o si precisa IT
- Valorar toda la medicación que toma el paciente.
- Prescribir el medicamento más eficaz y seguro.
- Prescribir los fármacos que afecten en menor medida a la capacidad de conducir.
- Aconsejar la vía de administración con menores efectos sistémicos.

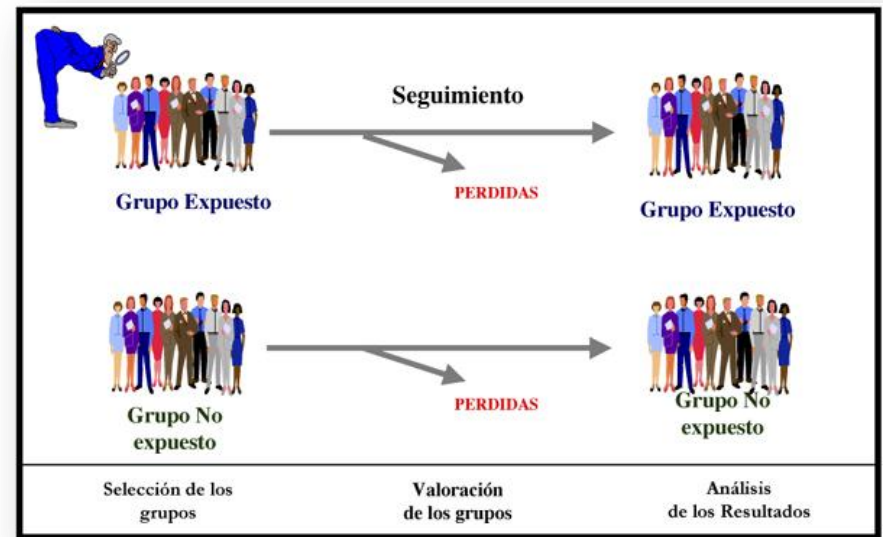
RESUMEN ENSAYOS CLÍNICOS

- Igual eficacia oxycodona-morfina
- Eficacia en todo tipo dolor:
 - Neuropático
 - Musculo-esquelético
 - Oncológico
- Mejor perfil gastrointestinal incluido oxycodona & naloxona
- monoterapia
- adherencia tratamiento



RESUMEN ENSAYOS CLÍNICOS

- ❑ Costo eficaz
- ❑ Mejora la productividad
- ❑ No incide en la capacidad de conducción
- ❑ Dosis inicial 25-50mg cada 12- 24horas
- ❑ Incrementos lentos cada 3-7 días
- ❑ Dosis medias 300mg/día



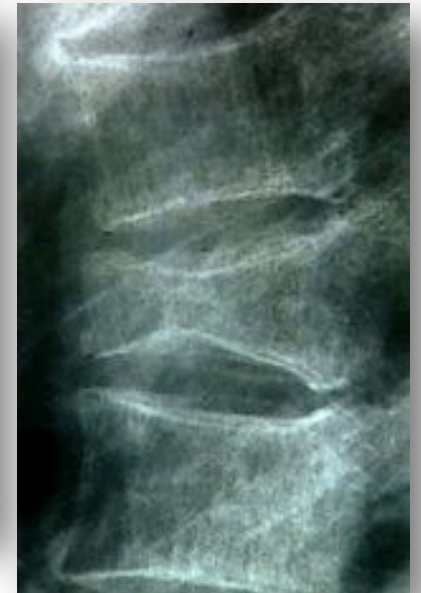
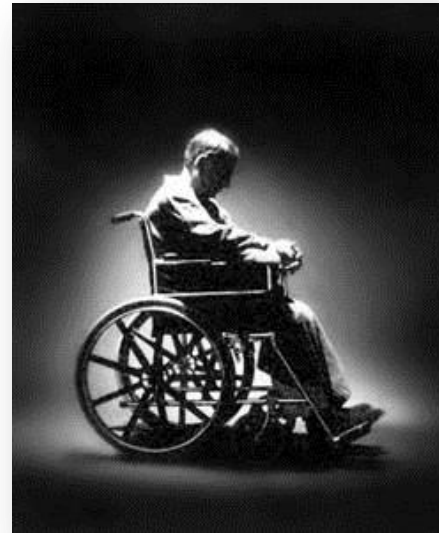
PRECAUCIONES

- ❑ Disminuir dosis en asociación con otros opiáceos, neuromoduladores
- ❑ Síndrome serotoninérgico cuando se asocia a fármacos IRS
- ❑ Disminuir dosis en IR y hepática moderada
 - ❑ no metabolitos activos
- ❑ Vigilar estreñimiento



CASO CLINICO

- Paciente 85 años
- Pluripatología
- Polifarmacia
- Dolor lumbar severo
- Incapacidad funcional
- VAS 8
- Tapentadol dosis
crecientes cada 7 días
- 50-0-100



CASO CLINICO

- Al mes
- Analgesia completa
- Recuperación de la
marcha
- Calidad de vida



ESRA ESPAÑA

REUNIÓN ANUAL 22^a

BILBAO

5,6,7 de Octubre

2016

Sociedad Europea de
Anestesia Regional y
Tratamiento del
Dolor

WWW.ESRA-SPAIN.ORG

GRACIAS