

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



VALENCIA

dèl 29 de febrero
al 1 de marzo de 2024

HOTEL MELIÀ VALENCIA

@_seom #mirSEOM24

DOLOR NEUROPÀTICO EN ONCOLOGÍA

DRA. CONCEPCIÓN PÉREZ

Hospital Universitario de la Princesa

Hospital Universitario de la Zarzuela



Disclosure Information

Ningún conflicto de interés

He desarrollado en los 3 últimos años consultoría para: Grunenthal, Medtronic, Boston, Prim, Aristo, Mundipharma



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TTº DEL DNO

TTº EN LA NIQT

CONCLUSIONES



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
Sección SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TTº DEL DNO

TTº EN LA NIQT

CONCLUSIONES



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

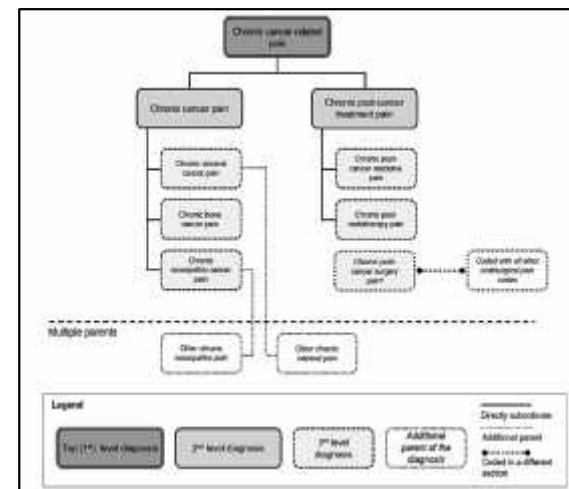
EPIDEMIOLOGÍA

- 41% población padecerá algún tipo de cáncer
- El dolor es un síntoma prevalente y afecta a la calidad de vida

- ❑ 30% en estadios iniciales
- ❑ 80% en estadios avanzados
- ❑ 51% del global
- ❑ 30% LARGOS SUPERVIVIENTES

A LA LLEGADA:

- ❑ 90% dolor al menos 4 semanas
- ❑ Un 73% desde 8 semanas antes
- ❑ Un 55% desde 16 semanas



Bennett MI et al. Pain160 (2019) 38–44

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TTº DEL DNO

TTº EN LA NIQT

CONCLUSIONES

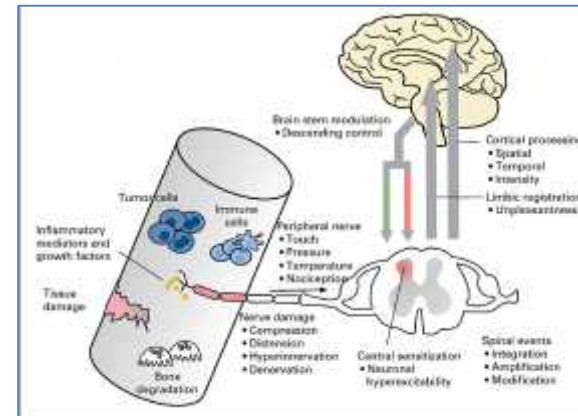


SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

- Se desconoce la prevalencia. Podrían predominar la etiología mixta
- 34-40% componente neuropático
- Prevalencia en estadios avanzados y en dolor múltiple
- Metaanálisis 2012:
 - Incidencia 19-39.1% vs. 13.24-35.78%
 - 20.1% mixto
 - Etiología
 - 64% causado por el tumor
 - 20.3% por el tratamiento
 - 3.5% asociado al cáncer
 - 10% sin relación
 - 2% etiología desconocida



Urch y Dickenson 2009; Chang et al. 2006; Saxena y Kumar 2007; Caraceni et al 1999; Benett et al 2012; Pérez et al 2015. Roberto A et al 2016

1805 pacientes

Dolor crónico 28,2% (22,5-35,4%)

El 20,9% componente neuropático

Más interferencia actividades vida diaria

Más intensidad

Cancer-Related Neuropathic Pain: Review and Selective Topics

Mellar P. Davis, MD

30% de los pacientes con Cáncer tiene dolor mixto
El DN: más depresión e insomnio
El DN: más dolor incidental y dolor espontáneo irruptivo
Más cronicidad y mayor intensidad
El descriptor más habitual son los pinchazos y agujas (65%)

De las Guías de DN oncológicas:

- ✓ más del 70% de las referencias son de estudios/guías de DN no oncológico
- ✓ solo el 11% involucró el tratamiento de neurop relacionada con el cáncer
- ✓ solo el 18% de las referencias incluídas en entre dos pautas

En general de más a menos eficaces: opioides, otros coadyuvantes, ACV, AD

<https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.005>



TIPOS DE DOLOR NEUROPÁTICO ONCOLÓGICO

Plexopatías

Plexopatía cervical
Plexopatía braquial
Plexopatía lumbosacra
Plexopatía coccígea

Mononeuropatías periféricas dolorosas

Polineuropatías dolorosas por neurotoxicidad

Neuropatía sensorial paraneoplásica

Metástasis leptomenígea

Neuralgias craneales

Neuralgia glossofaríngea

Neuralgia trigeminal

Radiculopatías (metastásicas directa o indirectamente)

Fallon et al 2013;
Pérez et al (Guía GADO) 2017



ETIOLOGÍA DNO SECUNDARIO

CIRUGÍA

- Síndrome doloroso postmastectomía
- Síndrome doloroso postoracotomía
- Dolor postdisección radical cervical
- Dolor postcirugía suelo pélvico
- Dolor fantasma

RADIOTERAPIA

- Plexopatía braquial
- Mielopatía crónica
- Enteritis y proctitis crónica
- Linfedema doloroso
- Síndrome doloroso del periné
- Osteoradionecrosis

QUIMIOTERAPIA

- Neuropatía periférica dolorosa
- Síndrome de Raynaud
- Complicaciones óseas postratamiento con esteroides
- Necrosis avascular (aséptica) de la cabeza del fémur o del húmero
- Fracturas por compresión vertebral



OTRAS FORMAS DE DOLOR NEUROPÁTICO ASOCIADOS A TTº

Fármacos inmunoterápicos

Son formas de neuropatías inmunomediadas

- ✓ Ipilimumab
- ✓ Tremelimumad
- ✓ Pembrolizumab
- ✓ Nivolumad

Raras: 3%

Pueden ser:

Neuropatías agudas

Neuropatías crónicas inflamatorias o desmielinizantes o vasculitis

TTº:

- Parar inmunoterapia
- Esteroides y/o Igs



FACTORES DE RIESGO

Factores predisponentes de DNO		
Mujeres	Cirugías invasivas	Genética
Jóvenes	Dolor múltiple	Disfunción de locus ceruleus
↑ IMC	↑ Dolor postoperatorio	Neuropatías previas
Estadio avanzado	Bajo nivel social	Alteración de sueño
Invasión perineural	Ansiedad	

“La entidad más frecuentemente vista en clínica es la NIQT. Es importante valorar siempre el desarrollo de la misma y su tratamiento precoz”

Pérez et al. Guía GADO



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TT⁰ DEL DNO

TT⁰ EN LA NIQT

CONCLUSIONES

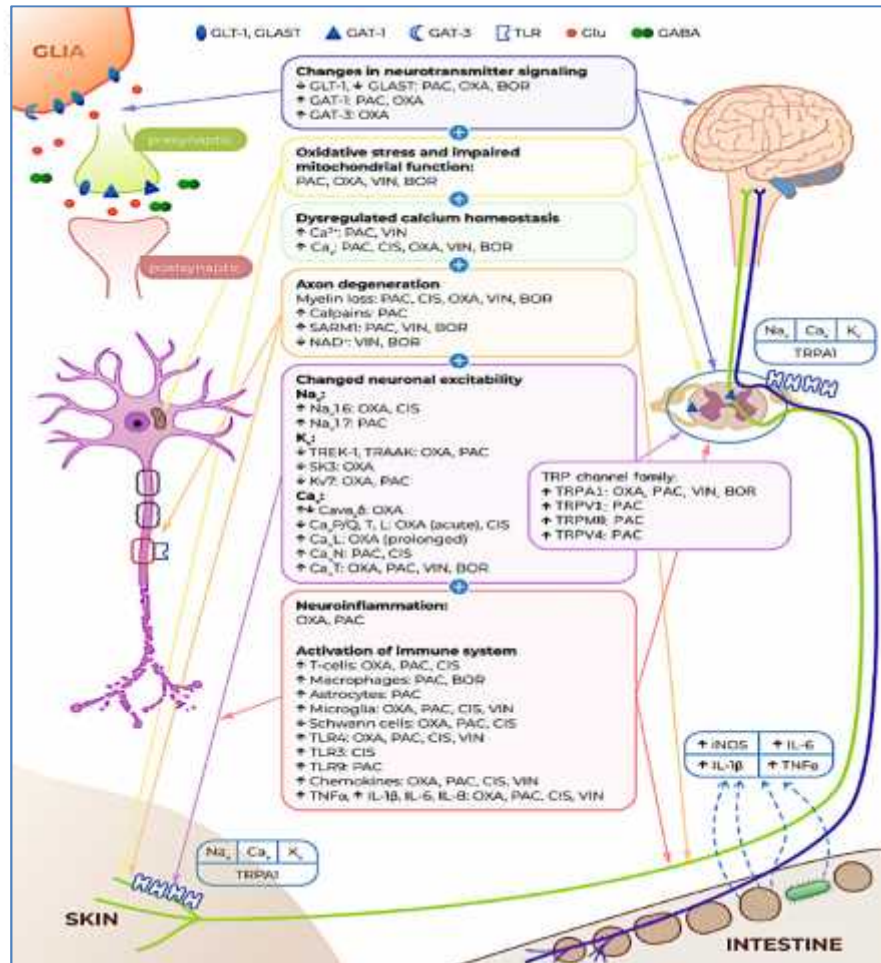


SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS



Stress oxidativo

Alt de la homeostadis del Ca ++

Degeneración axonal

Cambios en la excitabilidad neuronal

Activación del sistema inmune

Neuroinflamación

Alteración mitocondria:

energía celular, muerte celular

Alteración excitabilidad periférica:

Canales de Na, K, Ca

Receptores TRP

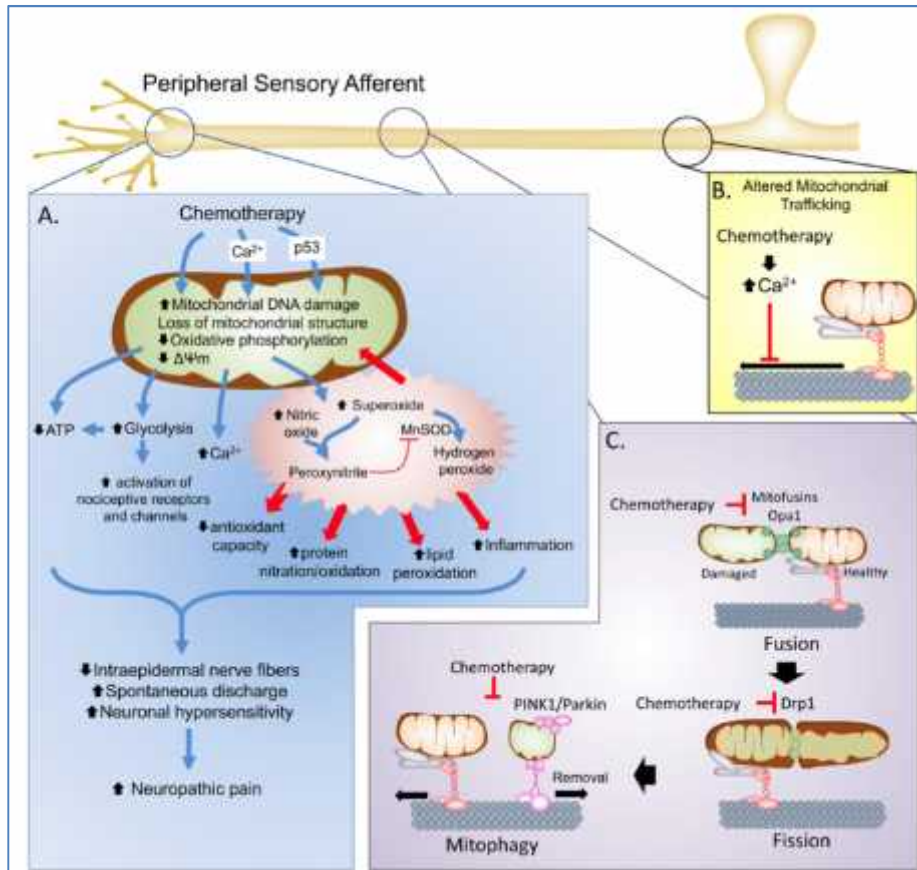
Los canales TRP són claves en la NIQT :

Platinos

Vincristina

Plaxitacel

Bortezomid



- Highlights.**
- Chemotherapies induce mitochondrial dysfunction in peripheral sensory nerves.
 - Mitochondrial dysfunction alters the bioenergetics and nitro-oxidative state.
 - These alterations reduce axonal outgrowth and abnormal sensory neuron activation.
 - As a result, a painful neuropathy emerges for which treatments are limited.
 - Strategies improving mitochondrial function may be useful in treating this pain.

Mini-Review: Mitochondrial Dysfunction and Chemotherapy-induced Neuropathic Pain

Doyle T M, Salvemini M D

Neurosci Lett. 2021 August 24; 760: 136087.

Expression of mitochondrial dysfunction-related genes and pathways in paclitaxel-induced peripheral neuropathy in breast cancer survivors

Supervivientes de Ca mama

Analizan genes ligados a alteración mitocondrial

50 pctes (25 con NIQT/ 25 sin NIQT)

NIQT:

- Ancianos
- Desempleados
- Uso de alcohol bajo
- Obesos
- Pobre estado fx
- No diferencias en dosis dosis total ni en % de reducciones

Alter genes relacionados con alteración mitocondrial en varios procesos

Kober et al. Mol Pain 2018, Volume 14: 1–16

NeuPSIG Review

PAIN

NeuP
SIG

**Chemotherapy-induced peripheral neuropathy:
where are we now?**

Lesley A. Colvin

Respuestas cerebrales alteradas en NIQT en:

- Giro frontal-superior
- Corteza cingulada
- Insula

Cambios estructurales :

- ↓ sustancia gris cerebral

Colvin LA. Pain160 (2019) S1–S10



PREVALENCIA DE NIQ

PLATINOS	ALCALOIDEOS VINCA	TAXANOS	INHIBIDORES DE LA PROTEASOMASOM A	OTROS	OTROS
Carboplatino o 5-42%	Vinblastina 30-47%	Docetaxel 11-64% 3-14% intensa	Bortezomid 31-55% 9-22% intensa	Talidomida 25-100% 15-28% intensa	Citarabina Raro
Cisplatino 30-100%	Vincristina 11-60%	Plaxitacel 57-83%		Ixabepilona 20-63% 14% intensa	Ifosfamida 8%
Oxiplatino 85-95% agudo 7-20% crónico	Vindesina 30-47%	Plaxitacel +Albúmina 73%		Lenalidomida 10-23% 1-2% intensa	Suramina 30% sensitiva 5-10% motora
	Vinorelbina 30-47%			Etopoxido 1-2%	

ALGUNAS PECULIARIDADES NIQT

LAS MANIFESTACIONES DE NEUROPATÍA EN PACIENTES CON CÁNCER

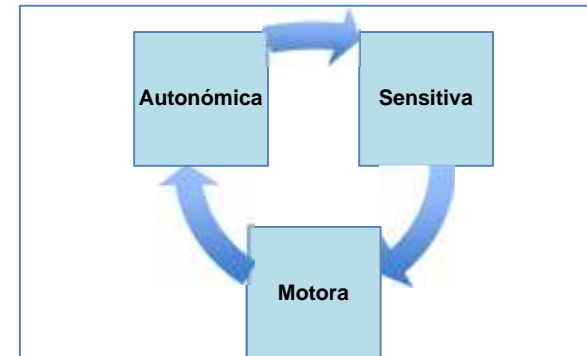
- 1.- Pueden ser diferentes a otras polineuropatías
- 2.- Estan infradiagnosticadas:
 - 70% durante los primeros ciclos
 - 20-30 % crónicas
- 3.- Existe fenómeno de “coasting” o arrastre
- 4.- Todos los modelos estan basados en animales sin cáncer
- 5.- La expresión clínica es compleja... incluye síntomas de alteración simpática, síntomas centrales (depresión, insomnio, síntomas cognitivos ...)

Prevalencia 1 mes postQT: 68%

Prevalencia 3 meses postQT: 60%

Prevalencia 6 meses postQT: 30%

Colvin LA. Pain160 (2019) S1–S10



Pharmacological Reports <https://doi.org/10.1007/s43440-020-00109-y>

CARACTERIZACIÓN NIQT EN LS



4,9%



68,1%



27%

Bajo nivel social
Ancianos
Ser prematuro
Dosis altas de QT
Bajo estado funcional

J Pain Symptom Manage. 2017 August ; 54(2): 204–218.e2.

FACTORES DE RIESGO

Some of the risk factors associated with an increased risk of developing CIPN.

Risk factor	Comments	Reference
Older age	May not be due to lower chance of recovery from acute CIPN	16,77
Medication: cardiovascular especially beta blockers	Opportunity to modify medication before starting chemotherapy	83
Concomitant health conditions	Those where there may be associated increased risk of neuropathy, for example, diabetes, HIV, excess alcohol, smoking and decreased creatinine clearance	27,86
Raised body mass index (BMI)	Potential mechanism not well understood but may be related to proinflammatory state associated with obesity	
Low serum albumin	May reflect lower general health status	41,53,80
Use of opioids	Prolonged use more likely in patients with CIPN. Need further work to understand if this is due to pain severity, or to a mechanistic interaction with opioids increasing CIPN risk (OR 2.0, 1.06-3.88)	89

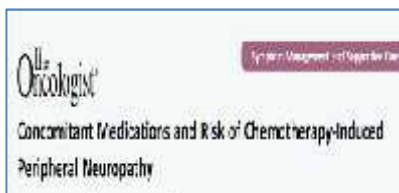
Edad avanzada
Beta.bloqueantes
E. Concomitantes
Obesidad
Albúmina baja
Uso de opioides

Anemia

503 pacientes (ovario /mama) con plaxitacel

FACTORES DE NEUROPATÍA GRAVE O ↓ DE DOSIS

- ✓ Edad: por cada año de más edad
 - 5% de incremento en grado de neuropatía
 - 4% de modificación de dosis
- ✓ Fármacos CV : especialmente los beta adrenérgicos : ↓ dosis
- ✓ Polifarmacia: ↓ dosis
- ✓ Neuropatías previas compresivas



¿CÓMO HACER UN SCREENING RÁPIDO?

Table 1 QLQ-CIPN20 items [11]

1. Did you have tingling fingers or hands?^a
 2. Did you have tingling toes or feet?^a
 3. Did you have numbness in your fingers or hands?^a
 4. Did you have numbness in your toes or feet?^a
 5. Did you have shooting or burning pain in your fingers or hands?^a
 6. Did you have shooting or burning pain in your toes or feet?^a
 7. Did you have cramps in your hands?^b
 8. Did you have cramps in your feet?^b
 9. Did you have problems standing or walking because of difficulty feeling the ground under your feet?^b
 10. Did you have difficulty distinguishing between hot and cold water?^a
 11. Did you have a problem holding a pen, which made writing difficult?^a
 12. Did you have difficulty manipulating small objects with your fingers (for example, fastening small buttons)?^b
 13. Did you have difficulty opening a jar or bottle because of weakness in your hands?^b
 14. Did you have difficulty walking because your feet dropped downward?^b
 15. Did you have difficulty climbing stairs or getting up out of a chair because of weakness in your legs?^b
 16. Were you dizzy when standing up from a sitting or lying position?^c
 17. Did you have blurred vision?^c
 18. Did you have difficulty hearing?^c
- Please answer the following question only if you drive a car:
19. Did you have difficulty using the pedals?^b
- Please answer the following question only if you are a man:
20. Did you have difficulty getting or maintaining an erection?^c

Items have been renumbered from the original QLQ-CIPN20 instrument

^a Sensory scale items

^b Motor scale items

^c Autonomic scale items



Neuropathic pain in patients with cancer: performance of screening tools and analysis of symptom profiles

Author	Year	Journal
Colvin LA, Pain160 (2019) S1–S10	2019	Pain
Smith et al, Qual Life Res (2013) 22:2787–2799	2013	Quality of Life Research
Br J Anesthesia 2017	2017	British Journal of Anaesthesia



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TTº DEL DNO

TTº EN LA NIQT

CONCLUSIONES



Neuropathic pain:

1. breast
2. lung
3. head/neck

<30% reciben ttº de primera línea

51% : analgésicos/opioides
menores

INFRATRATAMIENTO
INADECUADAMENTE TTº



Los pacientes son infratratados:

Pocos pacientes recibían escalón 2 o 3 de la OMS

En el **dolor mixto no se trata el componente neuropático**

Menos de la mitad de los pacientes con dolor neuropático reciben tratamiento

TRATAMIENTO



Medidas generales		
Fármacos coanalgésicos	Antidepresivos	Duloxetina (1ª elección en NiQT) Amitriptilina Nortriptilina
	Anticonvulsivantes	Gabapentina Pregabalina Oxcarbazepina
Tratamientos tópicos	Ketamina+Amitriptilina+Baclofeno Lidocaina 5% Capsaicina 8%	
Opioides	2ª línea	
Apoyo psicológico	Terapia cognitivo-conductual	
Tratamiento no farmacológico	Frío Calor Acupuntura	
Dolor refractario		
Tratamiento multidisciplinar Referir a Unidad del Dolor	Radiofrecuencia técnicas ablativas Estimulador de cordones posteriores Lidocaina IV Ketamina	

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TT⁰ DEL DNO

TT⁰ EN LA NIQT

CONCLUSIONES



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM



Comparative study of the effects of venlafaxine and duloxetine on chemotherapy-induced peripheral neuropathy

Negin Farshchian^{1,2} · Avisa Alavi² · Sahel Heydarheydari³ · Nasrin Moradian^{2,4}

Received: 7 June 2018 / Accepted: 2 August 2018
© Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018

Abstract

Objective One of the complications of chemotherapy is peripheral neuropathy. Various studies have shown that potent norepinephrine and serotonin reuptake inhibitors such as gabapentin, venlafaxine and duloxetine have therapeutic effects on neuropathy. The aim of this study was to compare the effects of venlafaxine vs. duloxetine on chemotherapy-induced peripheral neuropathy.

Methods In this clinical trial, cancer patients who were suffering from chemotherapy-induced peripheral neuropathy comprised the study population. They were randomly assigned to three pharmacotherapy groups including venlafaxine, duloxetine and placebo. Cranial, sensory, motor neuropathies as well as neuropathic pain were evaluated on day 1, week 2, and week 4 after enrollment.

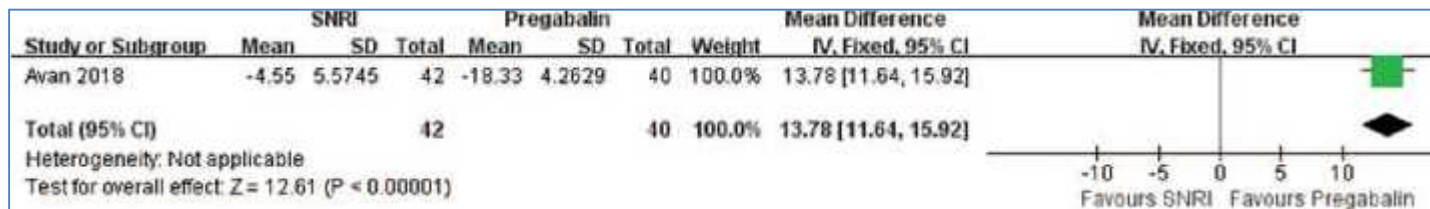
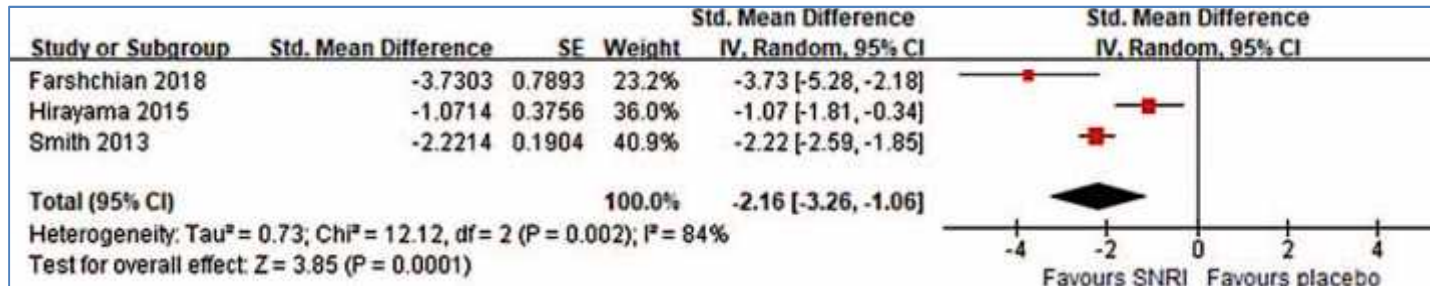
Results Grade of cranial, motor, sensory and neuropathic pain decreased significantly in venlafaxine and duloxetine groups. This reduction was more considerable in duloxetine group compared to venlafaxine group ($P < 0.05$).

Conclusion Duloxetine seems to be more effective than venlafaxine in decreasing the symptoms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. Duloxetine was more effective than venlafaxine in decreasing motor neuropathy and neuropathic pain grade.



Effect of serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors for patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy

A meta-analysis



IRSN: Útiles
Pregabalina mejor????

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



REVIEW: Recent advances in understanding chemotherapy-induced peripheral neuropathy

TTº TÓPICO

50 pctes estudio no randomizado con mentol

Amitriptilina/baclofeno/ketamina resultados positivos

Capsaicina 8% : mejora el dolor continuo, síntomas neuropáticos, la impresión global de cambio y la densidad de fibras: Modificador de la enfermedad

FUTURO:

Antagonistas del Receptor Sigma

EC en fase II durante el ttº con FOLFOX resultados positivos .

F1000Research 2020, 9(F1000 Faculty Rev):177 Last updated: 11 MAR 2020

OTRAS DIANAS...

ARA II

Antagonistas de los TLR4





RESEARCH ARTICLE

Vincristine increased spinal cord substance P levels in a peripheral neuropathy rat model

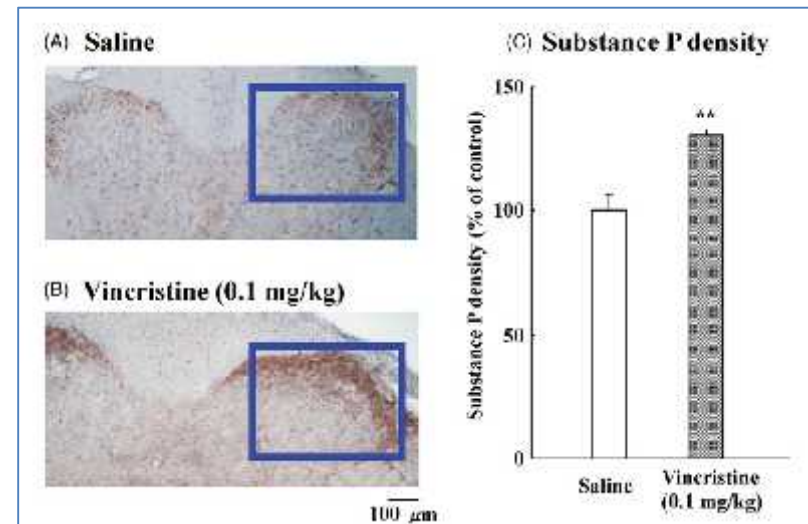
Terumasa Chiba¹, Toshie Kambe¹, Ken Yamamoto¹, Kazuyoshi Kawasumi², Kyoji Taguchi³ and Kenji Abe⁴

¹Faculty of Pharmaceutical Sciences, Nihon Pharmaceutical University, Ni-machi, Japan; ²Department of Pharmacology, Showa Pharmaceutical University, Machida, Japan; ³Department of Education, Research Center for Clinical Pharmacy, Showa Pharmaceutical University, Machida, Japan; ⁴Department of Pharmacy, Cancer Institute Hospital, Koto-ku, Japan; ⁵Department of Medical Pharmacology, Showa Pharmaceutical University, Machida, Japan

ABSTRACT
Chemotherapy-induced peripheral neuropathy has an important impact on the quality of life of cancer patients. Vincristine-induced neuropathy is a major dose-limiting side effect. Symptoms of peripheral neuropathy are spontaneous pain, allodynia, and hyperalgesia. To analyze the contribution of substance P to the development of vincristine-induced mechanical allodynia/hyperalgesia, substance P levels in the rat spinal dorsal horn were analyzed after vincristine treatment. Mechanical allodynia/hyperalgesia was tested with the von Frey filaments 14 days after intraperitoneal (i.p.) administration of vincristine (0.1 mg/kg) in rats. Vincristine-induced mechanical allodynia/hyperalgesia after day 14 was significantly inhibited by the neuropeptide Y receptor antagonist, aprepitant (Daiichi, Inc.). Immunohistochemistry showed that vincristine treatment significantly increased substance P expression (302.9 ± 2.4%) compared to saline treatment in the superficial layers of the spinal dorsal horn. Moreover, vincristine treatment significantly increased the substance P level in the spinal cord. These results suggest that vincristine treatment increases substance P in the spinal dorsal horn, and that aprepitant attenuates mechanical allodynia/hyperalgesia in vincristine-induced neuropathic rats.

ARTICLE HISTORY
Received 21 June 2015
Revised 9 September 2015
Accepted 24 November 2015

KEYWORDS
vincristine; substance P; spinal cord; peripheral neuropathic pain



doi.org/10.1080/01480545.2019.1706547

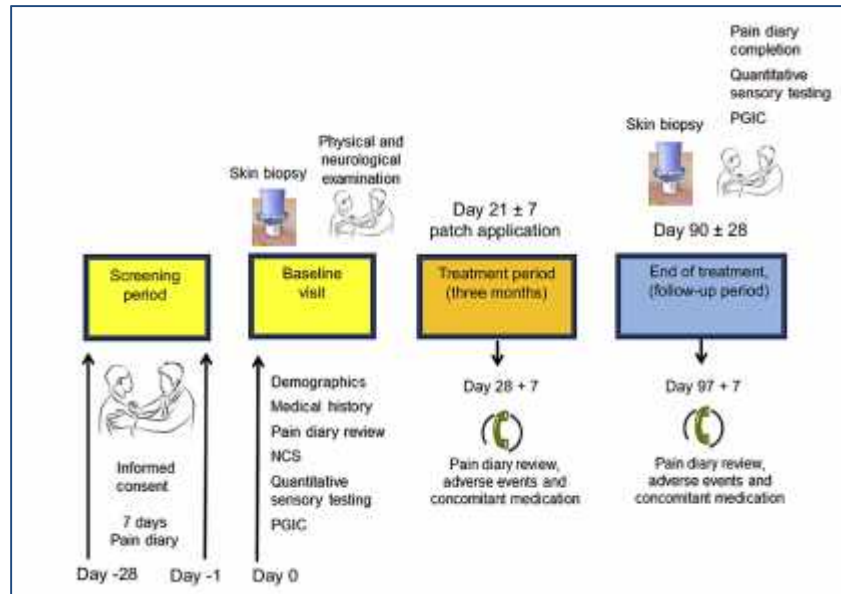


High-dose 8% capsaicin patch in treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: single-center experience

Iwona Filipczak-Bryniarska¹ · Roger M. Krzyzewski² · Jakub Kucharz^{3,4} · Anna Michalowska-Kaczmarczyk⁵ · Justyna Kleja¹ · Jarosław Woron⁶ · Katarzyna Strzepek¹ · Lucyna Kazior¹ · Jerzy Wordliczek⁷ · Tomasz Grodzicki⁸ · Krzysztof Krzemieniecki⁹

	Initial symptoms after <math><648.07 \text{ mg/m}^2</math> $n = 6$	Initial symptoms after $\geq 648.07 \text{ mg/m}^2$ $n = 12$	p value
Age, years (SD)	63.17 \pm 6.55	62.41 \pm 9.24	0.86
Female (%)	5(83.33)	7(58.33)	0.29
Initial pain level	7.67 \pm 0.51	7.17 \pm 1.34	0.40
Pain after 1 day, NRS	5.50 \pm 1.57	4.75 \pm 1.36	0.30
Pain after 8 days, NRS	3.83 \pm 1.47	2.25 \pm 1.14	0.02
Pain after 8 weeks, NRS	2.50 \pm 1.87	1.25 \pm 1.29	0.11
Pain after 12 weeks, NRS	1.16 \pm 1/32	0.25 \pm 0.45	0.04
Pain reduction after 1 day, % (SD)	27.98 \pm 19.74	33.44 \pm 15.20	0.52
Pain reduction after 8 days, % (SD)	49.40 \pm 20.34	69.55 \pm 12.09	0.02
Pain reduction after 8 weeks, % (SD)	66.67 \pm 24.99	84.21 \pm 16.20	0.09
Pain reduction after 12 weeks, % (SD)	83.93 \pm 18.59	96.96 \pm 5.56	0.04

Rational treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with capsaicin 8% patch: from pain relief towards disease modification



Bortezomid, Taxanos, Platinos

Parestesias
Pinchazos
Agujas
Adormecimiento
Dolor quemante

2,5 a de media

Alodinia al roce
Alodinia al frio

Rational treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy with capsaicin 8% patch: from pain relief towards disease modification

TRPV1

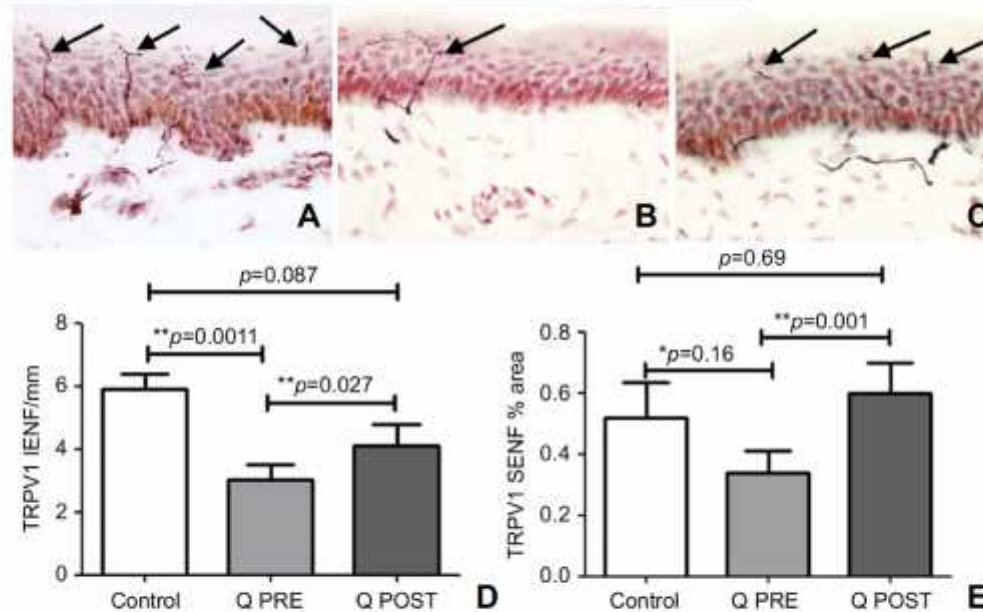


Figure 3 Immunohistochemistry in skin biopsies for TRPV1, before and after capsaicin 8% patch treatment. Intra-epidermal nerve fibers (arrowed) and sub-epidermal nerve fibers from (A) control subjects, at the baseline visit (B, Q PRE) and, after capsaicin 8% patch treatment (C, Q POST), magnification x40. (D) Bar chart of intra-epidermal nerve fibers for TRPV1 (IENF) counts; (E) bar chart of sub-epidermal (SENF) analysis (% area) for TRPV1. **Notes:** *Significant; **very significant.

Recuperación fibras intraepidémicas y subepidémicas

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



INTRODUCCIÓN

DNO. ¿QUÉ SABEMOS?

NIQT

TTº DEL DNO

TTº EN LA NIQT

CONCLUSIONES



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

CONCLUSIONES

- Altamente **prevalente**
- Etiología: tumoral, ttº o patologías concomitantes
- Lo más frecuente iatrogénico y LS: NIQT
- NECESITA: **valoración y ttº precoz**
- Lo más importante en diagnóstico: **EXPLORACIÓN**
- Infradiagnosticado e infratratado**
- Politerapia
- Ttº **multidisciplinar** y ttº **intervencionista**
- No hay evidencias en su ttº



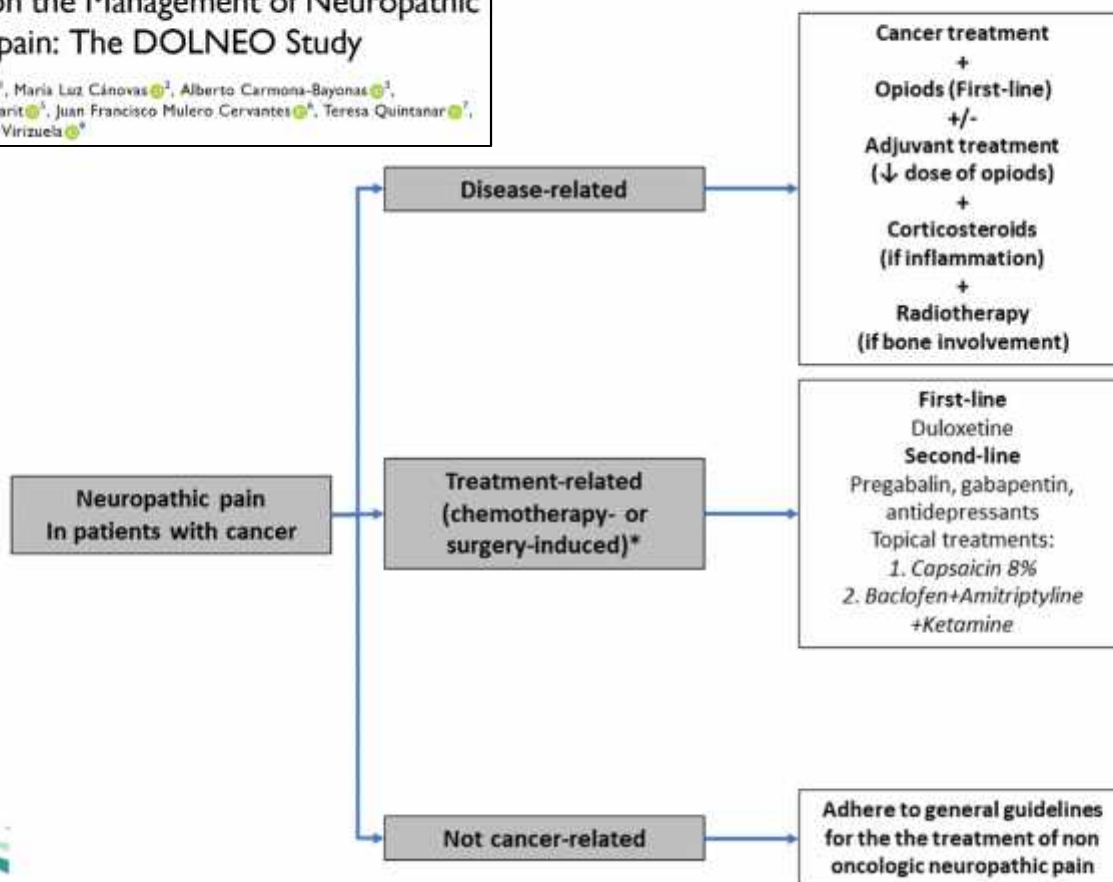
CONCLUSIONES

- El **tratamiento** del DN es **etiológico**.
- Los opioides son de primera elección en el DN producido por crecimiento tumoral.
- Asociar ADT o anticonvulsivantes a los opioides ayuda a disminuir la dosis de estos.
- Coadyuvantes son de 1ª elección en el DN producido por el tratamiento del cáncer.
- La **multidisciplinariedad** es obligatoria en el DN refractario.



A Delphi Study on the Management of Neuropathic Cancer Pain in Spain: The DOLNEO Study

Concepción Pérez-Hernández¹, María Luz Cánovas², Alberto Carmona-Bayonas³,
 Yolanda Escobar⁴, César Margarit⁵, Juan Francisco Mulero Cervantes⁶, Teresa Quintanar⁷,
 Ancor Serrano Alfonso⁸, Juan Virizuela⁹



- General recommendations**
- Look for a Risk-Benefit balance
 - Avoid drug interactions
 - Start with monotherapy; if pain persists (VAS>4) combine or switch treatments
 - Do not combine drugs with the same therapeutic target
 - Rational associations include ATD+ACV, ATD+Topical, ACV+Topical, ATD+ACV+Topical, Topical+Topical

A Delphi Study on the Management of Neuropathic Cancer Pain in Spain: The DOLNEO Study

Concepción Pérez-Hernández¹, María Luz Cánovas², Alberto Carmona-Bayonas³, Yolanda Escobar⁴, César Margarit⁵, Juan Francisco Mulero Cervantes⁶, Teresa Quintanar⁷, Ancor Serrano Alfonso⁸, Juan Virizuela⁹

ONCOLOGY UNIT

- Screening: DN4
- Neuropathic Pain Classification: disease- or treatment-related
- Features: signs/symptoms/examination/severity
- Quality: Performance and quality of life

PAIN UNIT

- Assessment, exam and differential diagnosis
- Treatment:
 - Comorbidity,
 - Interactions,
 - Patient's preference,
 - Safety
- Planning procedures and treatments
- Re-assessment

CRITERIA FOR REFERRAL

- If pain VAS >7 and performance impairment VAS >7
- Poor response to NP treatment
- Comorbidities
- Poor tolerability
- Interventional pain management required
- Reduction or change of line treatment for chemotherapy-induced neuropathic pain

QUALITY STANDARDS FOR THE MANAGEMENT OF CRNP

- 1.- Quick coordination
- 2- Collaboration between the oncology and pain units
- 3- Objectives and expectations: what does the patient need?. What are we going to achieve?
- 4- Protocolization
- 5- Individualization and consensus
- 6- Coordination in accessing interventional treatment
- 7- Online monitoring to assess the efficacy and safety
- 8- Oncology and pain units as integrated circuits

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



Muchas gracias por vuestra atención



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM