



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

CIRCULAR
DFE-AMTC-1076-2024
13 de junio de 2024

PARA: Direcciones Médicas, Médicos especialistas del área médica, Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos, Comités Locales de Farmacoterapia, Servicios de Farmacia de Hospitales Nacionales Generales, Especializados, Regionales y Periféricos, Áreas de Salud tipo II y III, CAIS, Odontólogos (especialistas en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial del tercer nivel).

DE: Doctor
Carlos Icaza Gurdían, Jefe
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

ASUNTO: Lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático

Se comunica que el pasado 07-06-2024 se comunicó la circular DFE-AMTC-1036-2024 que correspondía a una actualización únicamente en aspecto de presentación de la información (tipo diagrama) con el fin de visualizar de forma consolidada los lineamientos correspondientes a las diferentes opciones de líneas de tratamiento según tipo de neuropatía contenidas en el documento CCF-0712-02-16 titulado "Protocolo Institucional para el manejo del dolor neuropático". Sin embargo, en atención a directrices recibidas internamente, se procede a realizar adicionalmente, **la corrección del término "protocolo" por el correcto "lineamiento"** en este documento en mención; siendo las únicas modificaciones realizadas en la circular de base mencionada supra; por tanto, quedan sin efecto CCF-0712-02-16 y DFE-AMTC-1036-2024.



Lineamiento institucional para el manejo de dolor crónico neuropático

I. Introducción

El dolor neuropático es una condición compleja, su conceptualización y manejo ha ido cambiando al reconocer la **heterogeneidad** de la etiología, de los síntomas y de los mecanismos subyacentes, aunque es característico que ocurre como resultado de la lesión del tejido nervioso.

Se describe como un dolor crónico de origen central o periférico, aunque en ocasiones puede ser incierta la naturaleza y localización exacta de la lesión así como las condiciones mórbidas asociadas con el dolor. Puede surgir de neuropatías compresivas, de un miembro fantasma, de la neuropatía periférica debida a causas tan diversas como la diabetes, la ingestión crónica excesiva de alcohol, la infección por HIV y los agentes para quimioterapia antineoplásica; pero también puede ser idiopática; causada por un trauma, por infección viral como la neuralgia postherpética, o bien, puede ser de origen central, como el dolor central tras un evento vascular cerebral.

Las condiciones “*comunes*” que cursan con dolor neuropático **periférico** como síntoma:

- neuropatía diabética dolorosa,
- neuralgia postherpética,
- neuralgia del trigémino,
- radiculopatía o de origen radicular,
- dolor neuropático crónico postquirúrgico,
- neuropatía dolorosa relacionada con HIV.

También se cita el dolor neuropático por cáncer:

- neuropatía inducida por quimioterapia (destacan los platinos),
- neuropatía secundaria a antígenos tumorales,
- dolor causado por invasión directa o compresión de la estructura neural,

Además, las condiciones que pueden generar dolor neuropático **central**:



- Accidente vascular cerebral (AVC)
- Lesión del cordón espinal
- Esclerosis Múltiple
- Siringomielia

La complejidad y las alternativas de intervención llevan a tipificar el manejo según las condiciones específicas de cada diagnóstico y se emiten lineamientos específicos, con el propósito de racionalizar la utilización de los medicamentos disponibles a nivel institucional. Sin embargo, en todos los casos cabe tener en cuenta que **las intervenciones farmacológicas constituyen un componente más dentro de un contexto multifactorial que amerita de intervenciones no farmacológicas generales y especializadas**, en procura de maximizar el beneficio a los pacientes.

Además, la administración de medicamentos para este tipo de dolor crónico requiere del uso por **varias** semanas antes de alcanzar una respuesta clínica óptima.

En todos los casos, es recomendable el uso inicial de analgésicos y AINES en procura de un alivio más inmediato.

El presente lineamiento consta de 4 apartados y emite un lineamiento específico para el manejo de:

1. Neuralgia postherpética

Es una complicación de un evento de Herpes Zoster, desde la fase aguda cursa con neuralgia y en muchos casos, el dolor resuelve con el curso del tiempo. Sin embargo, la incidencia de esta complicación crónica es variable y se cita que alcanza hasta un 20%.

A la fecha, **no** existe una cura para la neuralgia postherpética; las intervenciones ofrecen un alivio sintomático y pueden acortar la duración y severidad del dolor, pero no resuelven la condición.

Es importante tener presente que el alivio efectivo del dolor en la fase aguda disminuye el riesgo para desarrollar la neuralgia posherpética.

La Institución apoya el uso de una variedad de medicamentos LOM como parte de las intervenciones generales o especializadas, tanto para el uso sistémico como para la aplicación tópica, en procura del beneficio de los pacientes.

2. Neuralgia trigeminal

Este diagnóstico corresponde a una condición crónica de dolor paroxístico, unilateral, más frecuente en mujeres, la forma clásica tiene una etiología indefinida y suele afectar una rama del nervio; otras formas son secundarias a lesión estructural y a otras



enfermedades. Requiere diagnóstico diferencial respecto de otros cuadros de dolor facial y puede ser progresivo, aunque más del 50% pacientes tienen remisiones hasta por 6 meses o más.

El manejo incluye 2 vías fundamentales, las intervenciones no farmacológicas con descompresión quirúrgica, radioterapia y otros procedimientos; y la farmacoterapia, el fármaco referente es la carbamazepina LOM y más del 70% de los pacientes logran beneficio con su utilización tras varias semanas.

3. Neuropatía diabética

Las neuropatías periféricas y autonómicas conforman la mayor causa de morbilidad en pacientes con diabetes mellitus. Se tienen tres elementos fundamentales para el manejo de la neuropatía diabética periférica:

- Control glicémico
- Cuidado de los pies
- Alivio del dolor

Dado que solo una fracción de pacientes con polineuropatía diabética cursan con el síntoma doloroso, en todos los casos deben ser excluidas otras causas de dolor crónico.

4. Además de un lineamiento general para el manejo del *síndrome de dolor neuropático* (o neuropatía dolorosa crónica) aplicable a las otras variantes y descripciones.

Con respecto a la gabapentina, tras el análisis técnico correspondiente se concluye que tiene más indicaciones para uso clínico y un mayor rol terapéutico institucional, respecto de la pregabalina; además, el perfil de tolerabilidad es similar con un menor costo directo por tratamiento. Por tanto, que en concordancia con los principios del *Uso Racional de Medicamentos, el binomio diagnóstico-tratamiento y la relación beneficio-riesgo*, se apoya la utilización de gabapentina a nivel institucional para el manejo del síndrome de dolor neuropático según este lineamiento.

En todos los casos, la dosificación debe ser individualizada para proveer el máximo beneficio posible y cada medicamento debe administrarse por un mínimo de tiempo que asegure alcanzar la respuesta óptima.

Nota: no se requiere de llenado de formulario para su prescripción; en su lugar, se debe anotar el diagnóstico en la receta EDUS e indicar en la casilla de observaciones el criterio correspondiente que justifique su uso, según este lineamiento.

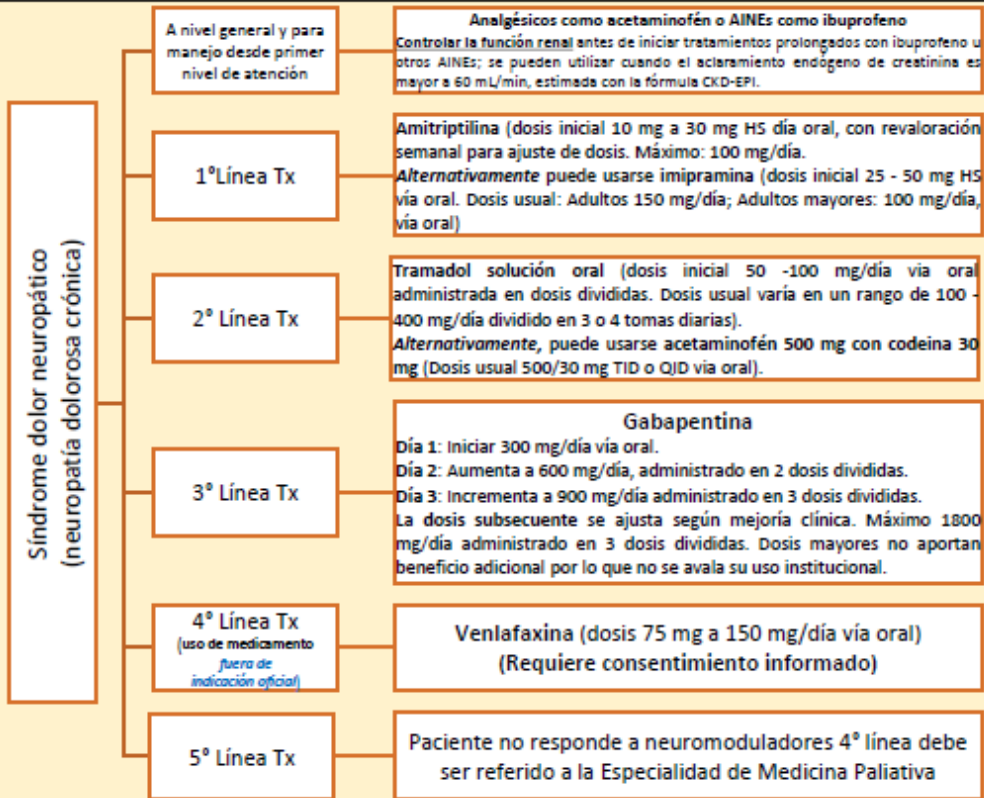
1

SÍNDROME DOLOR NEUROPÁTICO (NEUROPATÍA DOLOROSA CRÓNICA)

MANEJO SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO

AGENTES ORALES

(cada una de las opciones debe ser empleada por al menos 6 – 8 semanas, se inicia con dosis bajas y se ajusta según la respuesta clínica)



AGENTES TÓPICOS

COMO COMPLEMENTO A FÁRMACOS SISTÉMICOS

NOTAS

1. Como complemento a fármacos sistémicos (es útil cuando el dolor es localizado o focal):

Lidocaína 2% jalea
(máximo 60 g/mes)

En el contexto de un manejo especializado, puede administrarse como *primera línea* para el alivio del dolor en *adultos mayores* cuando el dolor es *localizado o focal*.

COMBINACIONES DE MEDICAMENTOS

PARA POTENCIALIZAR LA NEUROMODULACIÓN Y ALIVIO SINTOMÁTICO

NOTAS

1. En casos excepcionales y bajo seguimiento clínico especializado.
2. Tras agotar las opciones previas (uso mínimo por un periodo de 4 semanas), combinación avalada:

Gabapentina más amitriptilina

3. **Pacientes con manejo por especialistas en Medicina Paliativa**, es permisible:

4º línea Tx

Morfina (único agente)
o
Morfina más gabapentina

4. **Precaución:** Con la combinación se potencian los efectos adversos de ambos medicamentos.

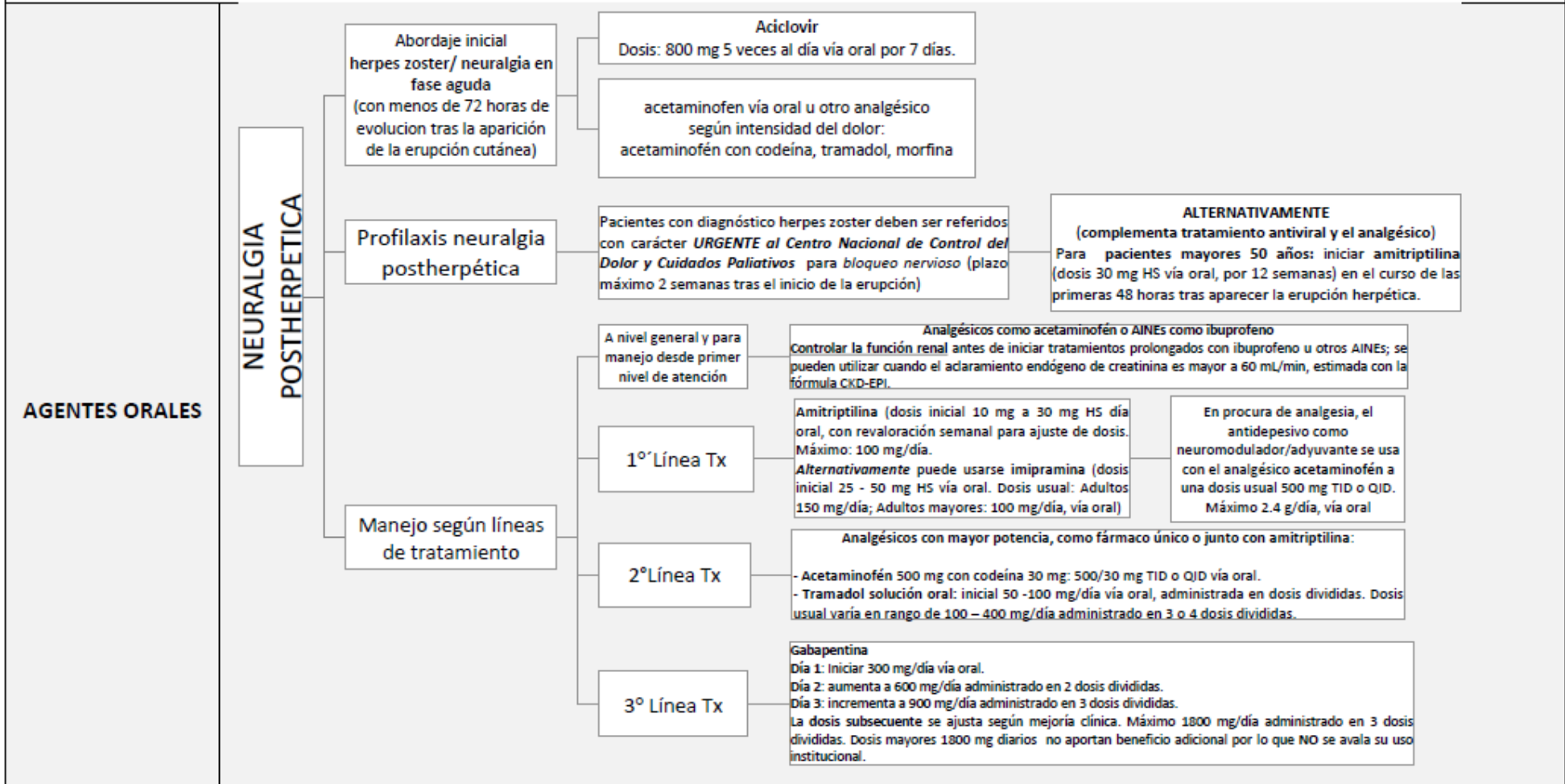
MANEJO SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO

AGENTES ORALES (cada una de las opciones debe ser empleada por al menos 6 – 8 semanas, se inicia con dosis bajas y se ajusta según la respuesta clínica)		AGENTES TÓPICOS COMO COMPLEMENTO A FÁRMACOS SISTÉMICOS	COMBINACIONES DE MEDICAMENTOS PARA POTENCIALIZAR LA NEUROMODULACIÓN Y ALIVIO SINTOMÁTICO
Neuropatía diabética	A nivel general y para manejo desde primer nivel de atención	Analgesicos como acetaminofén o AINEs como ibuprofeno Controlar la función renal antes de iniciar tratamientos prolongados con ibuprofeno u otros AINEs; se pueden utilizar cuando el aclaramiento endógeno de creatinina es mayor a 60 mL/min, estimada con la fórmula CKD-EPI.	NOTAS 1. Como complemento a fármacos sistémicos (es útil cuando el dolor es localizado o focal): <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Lidocaína 2% jalea (máximo 60 g/mes)</div>
	1° Línea Tx	Amitriptilina (dosis inicial 10 mg a 30 mg HS día oral, con revaloración semanal para ajuste de dosis. Máximo: 100 mg/día. <i>alternativamente</i> puede usarse imipramina (dosis inicial 25 - 50 mg HS vía oral. Dosis usual: Adultos 150 mg/día; Adultos mayores: 100 mg/día, vía oral)	
	2° Línea Tx	Tramadol solución oral (dosis inicial 50 -100 mg/día vía oral en dosis divididas. Dosis usual varía en un rango de 100 - 400 mg/día dividido en 3 o 4 tomas diarias). <i>Alternativamente</i> , puede usarse acetaminofén 500 mg con codeína 30 mg (Dosis usual 500/30 mg TID o QID vía oral).	NOTAS 1. En casos excepcionales y bajo seguimiento clínico especializado. 2. Tras agotar las opciones previas (uso mínimo por un periodo de 4 semanas), las combinaciones avaladas son: <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina más gabapentina. • Tramadol sol oral más acetaminofén. • Venlafaxina más gabapentina </div>
	3° Línea Tx	Gabapentina Día 1: Iniciar 300 mg/día vía oral. Día 2: Aumenta a 600 mg/día administrado en 2 dosis divididas. Día 3: Incrementa a 900 mg/día administrado en 3 dosis divididas. La dosis subsecuente se ajusta según mejoría clínica. Máximo 1800 mg/día administrado en 3 dosis divididas. Dosis mayores no aportan beneficio adicional por lo que no se avala su uso institucional.	
	4° Línea Tx <small>(uso de medicamento fuera de indicación oficial)</small>	Venlafaxina (dosis 75 mg a 150 mg/día vía oral) (Requiere consentimiento informado)	
5° Línea Tx	Paciente no responde a neuromoduladores 4° línea debe ser referido a la Especialidad de Medicina Paliativa	3. Pacientes con manejo por especialistas en Medicina Paliativa, es permisible: <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;">4° línea Tx</p> <p style="text-align: center;">Morfina (único agente) o Morfina más gabapentina</p> </div>	

MANEJO SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO

AGENTES ORALES (cada una de las opciones debe ser empleada por al menos 12 semanas, se inicia con dosis bajas y se ajusta según la respuesta clínica)		COMBINACIONES DE MEDICAMENTOS PARA POTENCIALIZAR LA NEUROMODULACIÓN Y ALIVIO SINTOMÁTICO	ANALGÉSICOS OPIÁCEOS MANEJO DE EXACERBACIONES USO CORTO PLAZO (días o semanas)
NEURALGIA TRIGEMINAL	A nivel general y para manejo desde primer nivel de atención	<p>Analgésicos como acetaminofén o AINEs como ibuprofeno Controlar la función renal antes de iniciar tratamientos prolongados con ibuprofeno u otros AINEs; se pueden utilizar cuando el aclaramiento endógeno de creatinina es mayor a 60 mL/min, estimada con la fórmula CKD-EPI.</p>	<p>NOTAS</p> <ol style="list-style-type: none"> En casos excepcionales y bajo seguimiento clínico especializado. Tras agotar las opciones previas (uso mínimo por un periodo de 4 semanas), las combinaciones avaladas: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">Carbamazepina más lamotrigina</div> <ol style="list-style-type: none"> Pacientes con neuralgia trigémino asociada a esclerosis múltiple [<i>uso fuera de indicación oficial</i>], requiere consentimiento informado para: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> Carbamazepina más gabapentina. Lamotrigina más gabapentina. </div> <p>Precaución: Con la combinación se potencian los efectos adversos de ambos medicamentos.</p>
	1° Línea Tx	<p>Carbamazepina Dosis inicial: 200 mg, 1- 4 veces al día vía oral. Aumentar lentamente hasta suprimir el dolor en el curso de varias semanas. Puede requerir: 400 -1200 mg/día, administrado en 3 o 4 dosis divididas. (dosis máxima: 2400 mg/día); luego, reducir gradualmente hasta conseguir la dosis mínima de mantenimiento (dosis usual 400 - 800 mg/día). Adultos mayores: se recomienda dosis inicial: 100 mg dos veces al día, vía oral.</p>	
	2° Línea Tx <i>(uso de medicamento fuera de indicación oficial)</i>	<p>Lamotrigina -Dosis inicial: 25 mg BID vía oral por 2 semanas. Aumentar gradualmente hasta suprimir el dolor en el curso de varias semanas. Dosis usual: 400 mg/día . (Requiere consentimiento informado)</p>	
	3° Línea Tx	<p>Gabapentina Día 1: Iniciar 300 mg/día vía oral. Día 2: Aumenta a 600 mg/día administrado en 2 dosis divididas. Día 3: Incrementa a 900 mg/día administrado en 3 dosis divididas. La dosis subsecuente se ajusta según mejoría clínica. Máximo 1800 mg/día administrado en 3 dosis divididas. Dosis mayores 1800 mg diarios no aportan beneficio adicional por lo que NO se avala su uso institucional.</p>	

MANEJO SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO



MANEJO SEGÚN LÍNEAS DE TRATAMIENTO

AGENTES TÓPICOS
COMO COMPLEMENTO A
FÁRMACOS SISTÉMICOS

NOTAS

1. Como complemento a fármacos sistémicos (es útil cuando el dolor es localizado o focal) y en el contexto de un manejo especializado: Lidocaína 2% jalea (máximo 60 g/mes) o Lidocaína 10% solución tópica en aerosol .
Puede administrarse como primera línea para el alivio del dolor en adultos mayores cuando el dolor es localizado o focal.

COMBINACIONES DE
MEDICAMENTOS
PARA POTENCIALIZAR LA
NEUROMODULACIÓN Y
ALIVIO SINTOMÁTICO

NOTAS

1. En casos excepcionales y bajo seguimiento clínico especializado es permisible la utilización de varios medicamentos en procura de potencializar la neuromodulación y el alivio sintomático; las combinación avalada:

Gabapentina con amitriptilina

2. **Pacientes con manejo por especialistas en Medicina Paliativa, es permisible:**

4° línea Tx

Morfina (único agente)

o

Morfina más gabapentina

Precaución: Con la combinación se potencian los efectos adversos de ambos medicamentos



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

C: Gerencia General
Gerencia Médica
Comité Central de Farmacoterapia (GM-CCF-2366-2024. ACUERDO SESION 2024-16)
Dirección de Farmacoepidemiología
Directores, Direcciones Regionales
Coordinación Nacional de Servicios Farmacéuticos
Archivo
