

Nuevos criterios para la valoración y el tratamiento del dolor neuropático

Yvonne D'Arcy, MS, CRNP, CNS

EN CASOS DE DOLOR de origen neuropático, los pacientes se esfuerzan para describirlo con precisión. Muchos enfermos explican el dolor quirúrgico o el dolor agudo de una lesión como molesto o punzante, pero los pacientes con dolor neuropático emplean descriptores como abrasante, intenso, estremecedor o penetrante.

Puesto que la valoración del dolor de origen neuropático es difícil, inicialmente el paciente puede recibir un abordaje terapéutico no específico para la neuralgia y, en consecuencia, reducir la consecución de resultados adecuados. Considere los siguientes casos.

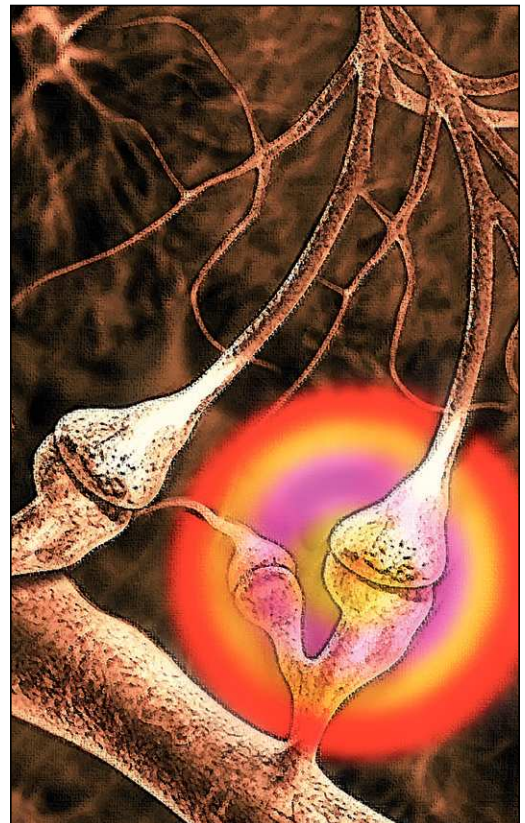
Caso 1. La Srta. S., de 41 años, fue sometida a una mastectomía radical debido a un cáncer de mama hace 6 meses. Es secretaria judicial y trabaja con el ordenador. Al incorporarse a su trabajo después de la intervención, la limitación de la movilidad del hombro de la zona intervenida empezó a molestarle. Refería dolor continuo en el hombro y gran dificultad para levantar el brazo. Al interrogarla sobre su dolor respondió: "El dolor de la intervención ha desaparecido pero noto un extraño cosquilleo y una sensación electrizante en todo el brazo. El dolor tiene una intensidad de 7 sobre 10. Viene y va sin ningún aviso y me dificulta los ejercicios de movilización del brazo. Cuando tomo la medicación analgésica, no sólo no me ayuda sino que encima me adormece. Estas sensaciones también me despiertan por la noche. He dejado de explicarlo al médico de familia porque la medicación que me da no me ayuda".

La Srta. S. está motivada para contribuir a su recuperación y para realizar mejor su trabajo. Aunque ya no presenta dolor postoperatorio, se ve limitada de forma significativa por un dolor electrizante y por el hormigueo en la zona intervenida. ¿Qué tipo de dolor presenta y por qué la analgesia no es efectiva?

Caso 2. El Sr. B., de 54 años, fue sometido a una amputación supracondilea y vuelve al hospital después de la rehabilitación. Al preguntarle sobre su dolor, le explica: "No me gusta hablar demasiado de ello porque no quiero que la gente crea que estoy loco. Noto como si el pie amputado estuviera justo en mi rodilla. ¿No es extraño? Tengo un dolor abrasante parecido a la neuropatía que tenía antes de la intervención. ¿Qué cree que hace que sienta la pierna de este modo? Se me hace difícil colocarme la prótesis porque tengo la sensación de que aprieto el pie que en realidad no está ahí. Mi incapacidad para tolerar la nueva pierna me entristece. Realmente no sé cómo afrontar el malestar y estas sensaciones tan raras".

Estos dos pacientes tienen dolor neuropático. El dolor de la Srta. S. es consecuencia de la intervención. El dolor del Sr. B. es consecuencia de su diabetes y de la cirugía. Puesto que este tipo de dolor es difícil de valorar y de tratar, muchos pacientes dejan de hablar de ello. Creen que no mejorará y no quieren que se les considere unos quejicas.

Para las enfermeras que cuidan de pacientes con enfermedades tales como la diabetes y la enfermedad arterial periférica, neuropatías traumáticas o postoperatorias, o la neuropatía inducida por quimioterapia, escucharles es clave para comprender cómo explican su dolor y así diferenciarlo de un dolor nociceptivo. Si el paciente emplea adjetivos como abrasante, electrizante, sensación de hormigueo, hormigueo doloroso o penetrante, probablemente el



dolor tiene un origen neuropático. Los analgésicos habituales como los opiáceos no son del todo efectivos para abordar este tipo de dolor. El dolor neuropático requiere un tratamiento global y multimodal para conseguir el mejor resultado para el paciente.

Algunos pacientes con neuropatía periférica inducida por quimioterapia o con neuropatía periférica diabética tienen la sensación de que los pies se les duermen. Este entumecimiento puede provocar lesiones potenciales, fracturas o úlceras por presión. Enseñe al paciente a valorar de forma regular sus pies para descartar lesiones o alteraciones de la integridad cutánea.

Luchar contra el dolor neuropático

Recientemente, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor ha emitido nuevas recomendaciones para la valoración del dolor neuropático. Estas recomendaciones incluyen una definición más precisa de este tipo de dolor y algunos consejos prácticos para su detección y diagnóstico.

El *dolor nociceptivo*, como el dolor de un traumatismo o de una intervención, es el resultado directo de una lesión tisular. En el pasado, el *dolor neuropático* se definía como “un dolor que tenía su origen en una lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico que alteraba la transmisión de los impulsos y la modulación de la estimulación sensorial”¹. La definición actual, que sustituye el término *disfunción por enfermedad*, es: “el dolor neuropático es un dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o una enfermedad del sistema somatosensorial”². Esta nueva definición lleva implícita la idea de una lesión neural pero también define mejor el origen neuropático del dolor cuyo origen es la enfermedad y no la neuroplasticidad nerviosa, que se produce cuando los impulsos dolorosos continuos provocan trastornos de los nervios y aceleran la respuesta nerviosa. Esta definición es también más precisa en cuanto a los tipos de dolor que se consideran neuropáticos, excluyendo la espasticidad secundaria a lesiones del sistema nervioso central².

Estas modificaciones en la definición pueden ser menos significativas para el personal asistencial que para los investigadores o los especialistas del dolor, pero las recomendaciones clarifican el origen del dolor neuropático y qué aspectos del proceso de activación del dolor están implicados en la producción del dolor neuropático.

Los pacientes presentados en los casos anteriores experimentan dolor de orígenes diferentes. La Srta. S. experimenta un síndrome doloroso post-mastectomía debido a la lesión nerviosa producida por la intervención; el Sr. B. experimenta dolor del miembro fantasma de la lesión nerviosa secundaria a la amputación. También tiene antecedentes de neuropatía periférica diabética, que puede contribuir a agravar el dolor neuropático.

Opciones de tratamiento

La Srta. S. y el Sr. B. explican que la medicación opiácea que toman les producen efectos adversos indeseables, como somnolencia, y no les alivia el dolor. Los opiáceos no son la primera opción de tratamiento para el control del dolor neuropático. Se ha desarrollado un enfoque intermedio para el abordaje del dolor neuropático que ayuda al profesional de la salud a determinar qué analgésico introducir en primer lugar y qué medicación añadir a continuación para conseguir un mejor control del dolor³. Este enfoque tiene cuatro niveles o pasos.

1. Valoración del dolor y establecimiento del diagnóstico de dolor neuropático.

Utilizando un instrumento de evaluación como el recientemente revisado Cuestionario del dolor de McGill, puede contribuir al diagnóstico diferencial entre el dolor nociceptivo y el dolor neuropático⁴. Se incluyen comorbilidades como la diabetes porque pueden complicar la selección del fármaco. Se discute el problema con el paciente para establecer unas expectativas lo más realistas posible.

2. Inicio del tratamiento. Se emplean uno o más de las siguientes alternativas terapéuticas: un antidepresivo aminotricíclico secundario (como la nortriptilina o la desipramina) o un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-noradrenalina (como la duloxetina o la velafaxina), un alfa-2 sigma ligado a los canales del calcio (como la gabapentina o la pregabalina), lidocaína tópica si el dolor neuropático está bien localizado, y opciones no farmacológicas según sea necesario.

3. Re-evaluación frecuente del dolor, reacciones adversas y función.

El tratamiento consigue una buena respuesta, esto es, el dolor se reduce a 3 o menos en una escala de 1 a 10. Si el paciente experimenta una mejora insuficiente (4 o más en una escala de 1 a 10) y presenta efectos secundarios tolerables, añade otra opción terapéutica de primera línea. Si el paciente continúa teniendo dolor o padece reacciones adversas intolerables, debe modificarse la pauta terapéutica.

4. Si las alternativas farmacológicas de primera línea fallan al usarse solas o en combinación, añade medicación alternativa de segunda línea

(analgésicos opiáceos o tramadol) y de tercera línea (antiepilépticos, antidepresivos, o mexiletina, antagonistas de los receptores N-metil-D-aspartato o capsaicina tópica) y considere la necesidad de derivar al paciente a un especialista⁵.

Las opciones para el tratamiento del dolor neuropático se basan en el método de ensayo-error. Algunos autores creen que si el paciente está deprimido, añadir un antidepresivo contribuye a mejorar la depresión y el dolor. Independientemente de qué medicación se emplee, si mejora el control del dolor, mejorará el humor del paciente.

Algunos enfermos, como la Srta. S. y el Sr. B., dejaron de hablar de su dolor porque no querían que se les considerara unos quejicas, ya que el tratamiento no fue efectivo o se centraron más en la recuperación de su enfermedad originaria. No importa cuál sea la razón, usted puede ayudar a los pacientes con dolor neuropático a entender que le interesa ayudarles y escucharles. Ayudándoles a describir su dolor y tratando el dolor mediante el enfoque sistemático descrito puede contribuir a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de estos pacientes. **N**

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomano R, Farrar J. Pain and neuropathy in cancer survivors. Surgery, radiation, and chemotherapy can cause pain; research could improve its detection and treatment. *Am J Nurs*. 2006;106(suppl 3):39-47.
2. Haanpää M, Attal N, Backonja M, et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain*. 2011;152(1):14-27.
3. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain*. 2007;132(3):237-251.
4. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, et al. Development and initial validation of an expanded version of the Short-form McGill Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*. 2009;144(1-2):35-42.
5. 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(suppl 3):S3-S14.

Yvonne D'Arcy es enfermera especialista en control del dolor y cuidados paliativos en el Suburban Hospital - Johns Hopkins Medicine en Bethesda (Maryland). También es miembro del comité editorial de *Nursing* 2012.

La autora declara que ha sido consultora de Pfizer, Ortho-Mcneil, Archimedes y Zogenix, y que forma parte del departamento de relaciones de Pfizer.