

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen **29**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2006**
January-March

Artículo:

Tendencias de diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático en México

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Tendencias de diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático en México

Grupo de Consenso

Dr. Uriah Guevara-López,* Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez,* Dr. Sergio Hernández-Jiménez,*
Dr. Roberto Palapa-García,* Dr. Felipe de J Acosta-Alanís,* Dra. Griselda Aragón,*
Dr. César Amescua,* Dr. Antonio Carrasco-Rojas,* Dr. Raúl Carrillo-Esper,* Dr. Porfirio Cervantes,*
Dr. Miguel A Collado-Corona,* Dr. Gerardo Coyado,* Dr. Enrique de Font-Reáulx R,*
Dr. Ramón De Lille Fuentes,* Dr. Guillermo García-Ramos,* Dr. Jorge Guajardo-Rosas,*
Dr. Rafael Hernández-Santos,* Dra. Ángeles Martínez,* Dr. Francisco Ochoa-Carrillo,*
Dr. Eusebio L Pérez-Lascas,* Dr. Ricardo Plancarte-Sánchez,* Dr. Jorge Robles-Elías,*
Dr. Jaime Velásquez-Ramos,* Dr. Rafael Rodríguez-Cabrera,* Dr. Sergio Tenopala-Villegas*

* Grupo de Consenso para el Manejo del Dolor Neuropático.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, DF.
Unidad Médica de Alta Especialización (UMAE)
"Magdalena de las Salinas", IMSS. México DF.

Solicitud de sobretiros:
Dr. Uriah Guevara-López
uriahguevara@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 24-08-05
Aceptado para publicación: 13-09-05

RESUMEN

Contexto: El dolor neuropático es una entidad difícil de definir. Se presenta en diversos trastornos del sistema nervioso, con signos y síntomas que pueden o no guardar relación con el sitio lesionado, lo cual hace difícil el diagnóstico. **Objetivo:** Identificar las tendencias de diagnóstico y tratamiento en médicos mexicanos. **Método:** Se aplicó un cuestionario de 15 reactivos a una muestra de 105 médicos de diversas especialidades y estados de la República Mexicana. **Resultados:** De los médicos entrevistados, 61% atiende a pacientes con dolor neuropático, 17% considera al dolor neuropático como el tipo más frecuente de su consulta. La alodinia fue considerada el hallazgo clínico más frecuente (50%) en la evaluación del dolor neuropático, seguido de la hiperestesia (12.85%) y la hiperalgesia (8.6%). Como tratamiento farmacológico de primera elección (pudiendo seleccionar más de un grupo) 57.1% prefirió los anticonvulsivantes, 32.8% los antidepresivos, 20% a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), 18.5% se inclinan por los opioides débiles y 5.7% a los opioides fuertes. **Conclusiones:** El dolor neuropático es una entidad frecuente, que requiere de una adecuada identificación clínica y el establecimiento de unos parámetros de práctica facilitarían su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Parámetros de práctica, dolor, neuropático, diagnóstico, manejo.

SUMMARY

Background: Neuropathic pain is difficult to define. It is associated to various conditions and injuries to the nervous system, with signs and symptoms that may or may not be related to the injured site, which makes its diagnosis more

difficult. Objective: To identify the trends in diagnosis and treatment of neuropathic pain among Mexican physicians. Method: A questionnaire was submitted to a sample of 105 Mexican physicians from different specialties, living in several states across the country. Results: Out of the respondents, 61% reported treating patients with neuropathic pain, and 17% considered this the most common type of pain in their practice. Allodynia was reported as the predominant clinical feature (50%), followed by hyperesthesia (12.8%) and hyperalgesia (8.6%). As a «first line» drug treatment, 57.1% preferred anti-convulsants; 32.8%, antidepressants; 20%, NSAIDs; 18.5% weak opioids; and 5.7%, stronger opioids (the answer could include more than one type of drugs). Conclusions: Neuropathic pain is a common condition, often difficult to diagnose and to treat. Therefore, the availability of general practice guidelines for a correct clinical diagnosis and treatment would greatly improve its management.

Key words: *Neuropathic pain, pain management, practice guidelines.*

INTRODUCCIÓN

El dolor neuropático ha sido definido por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) como aquel que es causado por una lesión o disfunción localizada en el sistema nervioso. Esta definición es controversial, sin embargo ha sido adoptada en diferentes ámbitos interesados en el tema⁽¹⁻⁴⁾.

El dolor neuropático está caracterizado por un grupo heterogéneo de padecimientos de diversa etiología y ubicación, los signos y síntomas que lo acompañan en muchas ocasiones no tiene una localización exacta. La diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, malignas, traumáticas, degenerativas o isquémicas, son trastornos que precipitan su aparición^(5,6).

Los datos epidemiológicos sobre la incidencia o prevalencia del dolor neuropático varían dependiendo de la serie revisada; esto se debe a la amplia gama de nosologías que comprende el dolor neuropático, las inconsistencias que aún existen en su definición y a la gran variedad de manifestaciones clínicas⁽⁷⁾.

Pese a esto, se ha estimado que afecta a 3.8 millones de individuos en los Estados Unidos de Norteamérica. De igual manera se ha reportado que 3 millones de estadounidenses tienen neuropatía diabética dolorosa y 1 millón neuralgia post-herpética⁽⁸⁻¹⁰⁾. En el paciente oncológico se ha documentado la presencia de dolor neuropático en el 35.9% de los casos⁽¹¹⁾. En México no disponemos de reportes que detallen la frecuencia y prevalencia, estimándose que pudieran ser semejantes a los mencionados anteriormente.

Como tratamiento farmacológico se han empleado con eficacia en estudios prospectivos los antidepresivos tricíclicos, los anticonvulsivantes, los opioides débiles (codeína, dextropropoxifeno y tramadol) y los opioides fuertes (morfina, hidromorfona, metadona, buprenorfina, nalbufina y fentanyl).

Otra de las particularidades de este síndrome doloroso es la dificultad para su diagnóstico y en la elección del tratamiento adecuado. Por esta razón, se convocó a un grupo multidisciplinario de médicos que atienden pacientes con esta entidad para evaluar las tendencias respecto a su abordaje diagnóstico y terapéutico.

MÉTODO

Con el objetivo de identificar las tendencias para el diagnóstico y el tratamiento del dolor neuropático en México, se diseñó un cuestionario con 15 reactivos orientados a explorar la frecuencia, tipos de dolor, sitio de trabajo, especialidad de los encuestados, empleo de instrumentos para su evaluación, signos y síntomas concomitantes; así como la utilización de diferentes opciones terapéuticas y referencia a otras especialidades.

El instrumento se envió y recuperó por correo, o en forma directa a 105 médicos de diferentes áreas clínicas de 13 estados de la República Mexicana, elegidos por su localización geográfica, densidad poblacional, disponibilidad y accesibilidad a recursos médicos y hospitalarios.

Se consideraron para su evaluación los contestados totalmente. Aplicando medidas de tendencia central y de dispersión a las variables continuas, y χ^2 a las discontinuas.

RESULTADOS

El cuestionario de 15 reactivos se aplicó a 105 médicos de 13 estados de la República Mexicana (Puebla, Oaxaca, Jalisco, Sinaloa, Nuevo León, Chihuahua, San Luis Potosí, Baja California Norte, Estado de México, Distrito Federal, Morelos, Aguascalientes y Durango). Dieciocho no regresaron el cuestionario y 17 lo contestaron en forma incompleta descartándose para su análisis. Se evaluaron 70 cuestionarios. El tipo de especialidad se indica en (Figura 1).

De éstos, 70% trabaja en un tercer nivel de atención hospitalario, 10% en un segundo nivel y 20% en un primer nivel (Figura 2).

Se encontró que 61.42% atiende a pacientes con DN en su práctica diaria, así mismo 67.14% atiende a pacientes con dolor agudo y 40% con dolor por cáncer. Al preguntar sobre el tipo de dolor más frecuente que se atiende en la consulta, 17.14% consideró al dolor neuropático, 14.28% al dolor por cáncer y 10% al dolor agudo.

Con respecto a los síntomas que más frecuentemente acompañan al DN, se reportó que el 50% la alodinia es el síntoma más frecuente, 12.85% consideró a la hiperestesia y 8.57% a la hiperalgesia (Figura 3).

Así mismo, encontramos que la totalidad de la muestra opina que el diagnóstico de dolor neuropático se realiza por medio de la historia clínica y la exploración física, el 50%

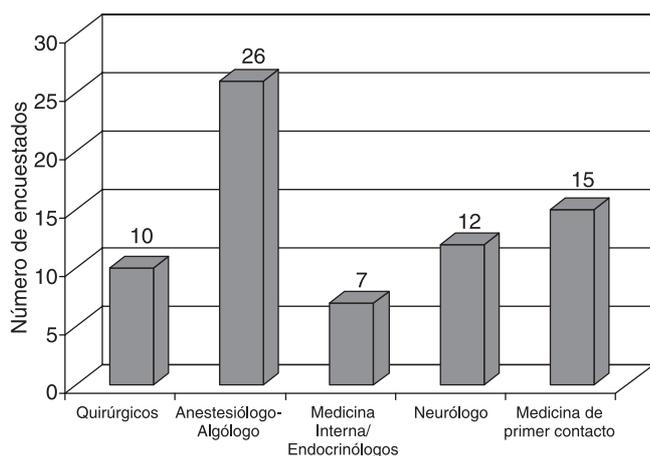


Figura 1. Se muestra el área de trabajo de los médicos encuestados con el cuestionario de tendencias.

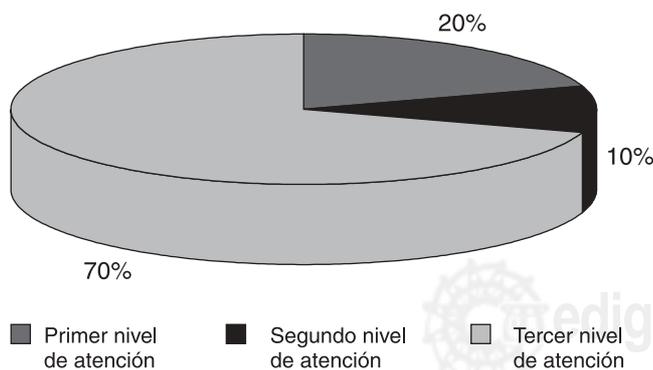


Figura 2. Muestra el nivel de atención hospitalaria en el que se desempeñan los médicos encuestados con el cuestionario de tendencias.

opinó que los estudios de extensión ocupan el segundo lugar. El 48.57% utiliza a la escala visual análoga para identificar su intensidad, el 30.28% no contestó el reactivo que evalúa el empleo de escalas de medición del DN.

Se interrogó a los 70 encuestados su opinión sobre los grupos farmacológicos considerados como la primera línea de tratamiento en el DN (pudiendo incluir más de un grupo en su respuesta); observamos que el 57.1% opina que son los anticonvulsivantes, el 32.8% los antidepresivos, el 20% los AINES, el 18.5% los opioides débiles y sólo el 5.7% los opioides fuertes (Figura 4).

En cuanto al tipo de fármacos empleados, 42.85% de los entrevistados opinan que el anticonvulsivante más utilizado es la gabapentina y el 41.4% la carbamacepina, el 55.7% reportó que la amitriptilina es el antidepresivo más empleado y 20% la imipramina. El 28.57% de los médicos opinó que la fisioterapia es el método no-farmacológico más importante para el manejo de esta entidad.

En relación a las tendencias de prescripción por especialidad, se encontró que los anestesiólogos-algólogos, neurólogos y los internistas-endocrinólogos prescriben principalmente antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes. Los médicos de primer contacto prescriben principalmente AINES. Otro dato es que tanto los anestesiólogos-algólogos como los quirúrgicos emplean opioides débiles y ninguno de los grupos considera como primera línea a los opioides fuertes (Figura 5).

En cuanto a las conductas relacionadas con la referencia de los pacientes a otros especialistas, el 55.71% de los médicos no refiere a sus pacientes con DN y el 20% refiere al neurólogo a la mayoría de este tipo de pacientes.

DISCUSIÓN

El dolor neuropático es una entidad que afecta a un gran número de pacientes en el mundo^(6,9,10). Uno de los síndromes dolorosos más frecuente es la poli-neuropatía diabética dolorosa. En México en 1998 se estimó que la prevalencia de diabetes mellitus fue del 7% en personas mayores de 20 años⁽¹⁵⁾; de éstos el 60% podrían ser portadores de poli-neuropatía diabética dolorosa de acuerdo a las series internacionales⁽⁹⁾.

A pesar de lo frecuente del DN, no existen lineamientos claros para su diagnóstico y tratamiento en nuestro país, realidad que se ve reflejada en los resultados obtenidos en el presente estudio. Destacándose que un gran número de médicos atiende a pacientes con dolor neuropático. Sin embargo, sólo el 17.1% de los encuestados considera que este dolor es el más frecuente en su consulta, lo cual sugiere dificultades para su identificación.

Algunos autores refieren que el dolor neuropático requiere de la presencia de síntomas sensoriales como la alodinia y

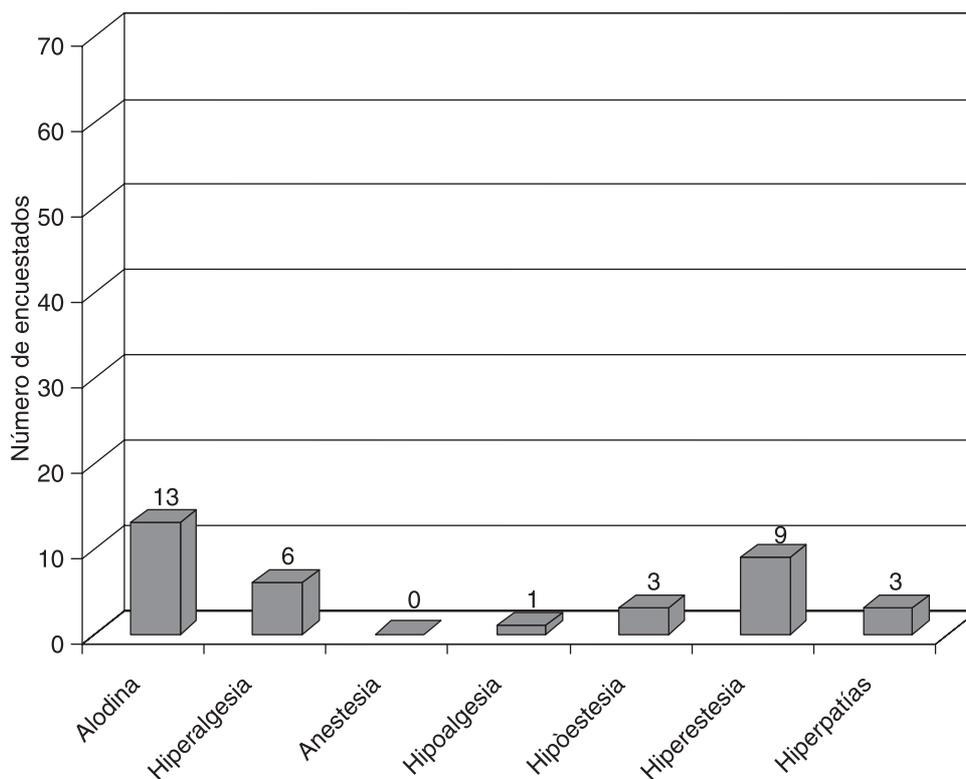


Figura 3. Muestra la opinión sobre el síntoma más frecuentemente encontrado en el dolor neuropático.

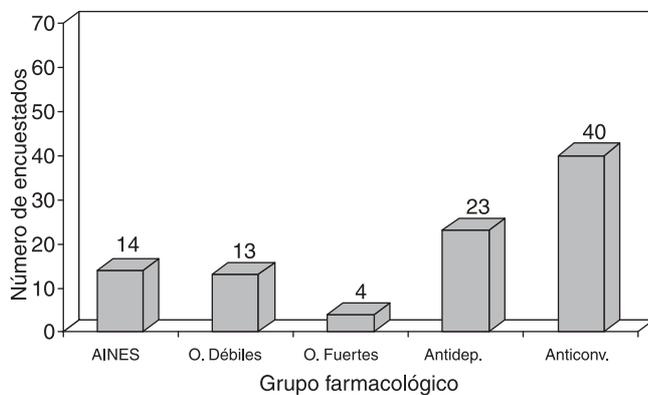


Figura 4. Muestra las tendencias de prescripción. Cada valor representa el número de médicos de un total de 70 encuestados.

la hiperalgesia.⁴⁻⁶ En este sentido cabe mencionar que sólo 50% de los médicos interrogados, opina que la alodinia es el síntoma principal en el DN; lo anterior puede traducirse como dificultades para identificar los síntomas negativos y positivos que acompañan a los padecimientos asociados a este síndrome.

Respecto a la evaluación del dolor neuropático por medio de escalas unimodales o polimodales una minoría las

conoce y emplea. Lo cual incide con el diagnóstico y caracterización del DN, dificultando su terapéutica. Lo mismo ocurre cuando se trata de distinguir entre los términos, alodinia, hiperalgesia, hiperpatía, etc.; favoreciendo la ineficiencia terapéutica.

Debido a que el dolor neuropático es una entidad heterogénea generado por diversos agentes etiológicos con diferencias entre individuos con la misma patología, se requiere caracterizarlo cuidadosamente mediante un abordaje diagnóstico preciso, identificando su etiología y los posibles mecanismos que se encuentren involucrados para su presentación a fin de proporcionar una estrategia terapéutica óptima^(5,3,17-20).

Atendiendo a lo anterior, el tratamiento seleccionado por la mayoría de los encuestados, está orientado a la prescripción de anticonvulsivantes o antidepresivos tricíclicos, lo cual es concordante con las series internacionales. Sin embargo, llama la atención que en cuanto al tipo de fármacos no existe una orientación precisa. Respecto al empleo de medidas no farmacológicas resalta que la fisioterapia fue la más favorecida, no así el biofeedback o la auriculopuntura sugerida por la evidencia literaria⁽²⁰⁻²⁵⁾.

Al analizar las tendencias de prescripción referente al fármaco utilizado por los diferentes especialistas, resulta evidente que existe una discordancia considerable. En este

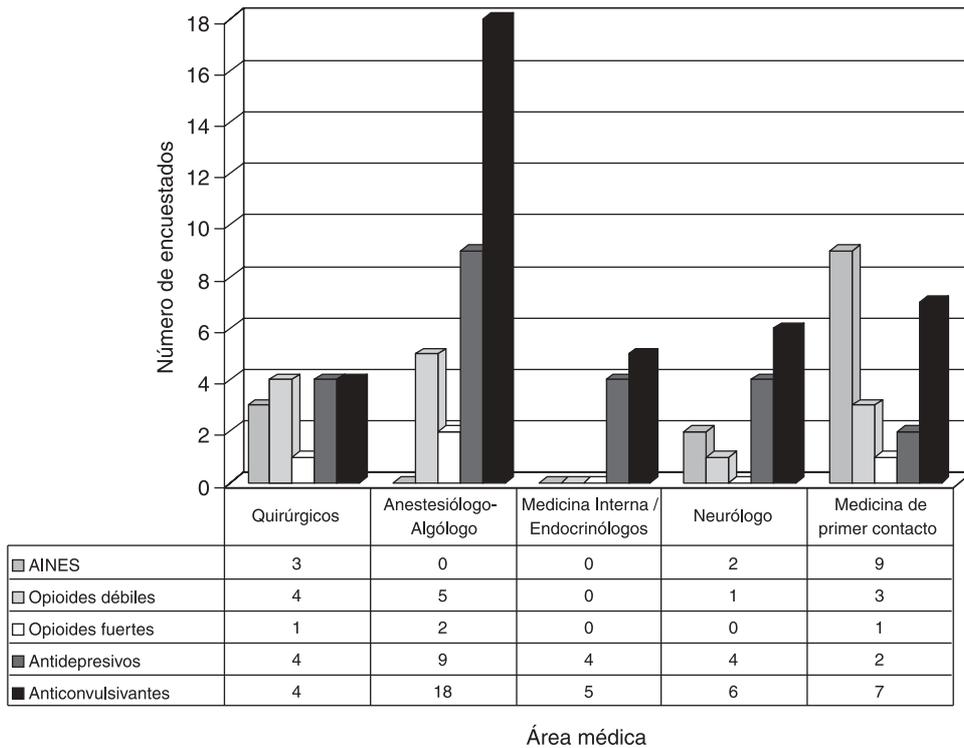


Figura 5. Se observan las tendencias de prescripción por área de trabajo. Cada médico encuestado podía incluir más de un grupo farmacológico.

sentido, los quirúrgicos no cuentan con preferencias específicas. Otros grupos (anestesiólogos-algólogos, internistas, endocrinólogos y neurólogos) emplean preferentemente anticonvulsivantes y antidepresivos tricíclicos. Los internistas y endocrinólogos no consideran la utilización de otros fármacos; así mismo, los neurólogos consideran principalmente a los AINES sobre los opioides débiles y no utilizan opioides fuertes. Llama la atención que los médicos de primer contacto utilizan a los AINES como primera línea terapéutica, dándole poca importancia a los antidepresivos tricíclicos.

Lo anterior es relevante debido a que algunos reportes sugieren una relación entre el tipo de fármaco y una respuesta favorable (mecanístico). Además, se conocen los principios farmacológicos de la mayoría de los agentes empleados, con lo cual se esperaba un abordaje terapéutico dirigido a los mecanismos generadores del DN^(6,26-28).

En base a estos resultados, se consideró necesario convocar a un grupo de consenso con la finalidad de generar parámetros de práctica enfocados a auxiliar al clínico en la toma de decisiones referentes a esta entidad, se integró por veinticuatro médicos especialistas en diferentes áreas (anestesiólogos, algólogos, cirujanos generales, cirujanos oncólogos, ortopedistas, internistas, endocrinólogos, neurólogos e intensivistas). Cada uno de ellos, con experiencia en la valoración y tratamiento del paciente con dolor neuropático.

Los cuales discutirían la evidencia literaria relacionada con el tema, los resultados de este cuestionario y propondrán una serie de recomendaciones.

REFERENCIAS

1. Merskey H. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6:249-52.
2. Backonja MM. Defining neuropathic pain. *Anesth Analg* 2003;97:785-790.
3. Bridges D, Thompson SWN, Rice ASC. Mechanisms of neuropathic pain. *B J Anaesth* 2001;87:12-26.
4. Dworkin RH, et al. Advances in neuropathic pain. *Arch Neurol* 2003;60:1524-1524.
5. Jensen TS, et al. The clinical picture of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol* 2001;429:1-11.
6. Dworkin RH. An overview of neuropathic pain: Syndromes, symptoms, signs, and several mechanisms. *Clin J Pain* 2002;18:343-349.
7. Backonja MM. Painful neuropathies. En Loeser JD ed. *Bonica's: Management of pain*. 3a. edition. Washington. Lippincott Williams and Wilkins. 2002:371-387.
8. Bennett GJ. Neuropathic pain: an overview. In: Borsook D ed. *Molecular neurobiology of pain*. Seattle, WA: IASP Press, 1997:109-13.
9. Schmader KE. The epidemiology and impact on quality of life of postherpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy. *Clin J Pain* 2002;18:350-4.
10. Bowsher D. The lifetime occurrence of herpes zoster and prevalence of postherpetic neuralgia: a retrospective survey in an elderly population. *Eur J Pain* 1999;3:335-42.

11. Grond S, et al. Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines. *Pain*. 1999;79:15-20.
12. U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/ratings.htm>
13. Larkins R, et al. Acute pain management: Scientific evidence. National Health and Medical Research Council. Commonwealth of Australia. 1999.
14. Guyat GH, et al. Users' Guides to the Medical Literature: IX. A Method for Grading Health Care Recommendations. *JAMA* 1995;274:1800-1804.
15. Moreno-Altamirano L. Medicina Actual: Epidemiología y diabetes. *Rev Fac Med UNAM* 2001;44:35-37.
16. Shaw JE, Zimmet PZ. The epidemiology of diabetic neuropathy. *Diabetes Rev* 1999;7:245-252.
17. Loeser JD. Medical evaluation of the patient with pain. En: Bonica's management of pain. Loeser JD, ed. LWW. Seattle. 2001:267-278.
18. Mendell JR, Sahenk Z. Painful sensory neuropathy. *New Engl J Med* 2003;248:1243-1255.
19. Millan MJ. The induction of pain: An integrative review. *Prog Neurobiol* 1999;57:1-164.
20. Byers MR, Bonica JJ. Peripheral pain mechanisms and nociceptor plasticity. En: Bonica's management of pain. Loeser JD, ed. 3rd ed. LWW. Philadelphia. 2001:26-73.
21. Sabine M, Katzenchlanger S, Scharbert G, Kozek-Langenecker S, Szeles J, et al. The short-and long-Term benefit in chronic low Back Pain through adjuvant electrical *versus* manual auricular acupuncture. *Anesth Analg* 2004;98:1359-64.
22. Astin JA. Mind-Body Therapies for the management of Pain. *Clin J Pain* 2004;20:27-32.
23. Ghoname EA, Craig WF, White PF, Ahmed HE, Hamza MA, et al. Percutaneous Electrical nerve stimulation for low Back Pain: A Randomized Crossover study. *JAMA* 1999;281:818-23.
24. Eisenberg DM, Davis RB, Etner SL, et al. Trends in alternative medicine use in United States. *JAMA* 1998;280:1569-75.
25. Astin JA. Complementary and alternative medicine and the need medicine for evidence-based criticism. *Academic Med* 2002;9:864-8.
26. McQuay H, et al. Anticonvulsant drugs for management of pain: A systematic review. *BMJ* 1995;311:1047-1052.
27. Backonja MM, Serra J. Pharmacologic Management Part 1: Better-Studied Neuropathic Pain Diseases. *Pain Med* 2004;5:s1-s24.
28. Delleijn P. Are opioids effective in neuropathic pain? *Pain* 1999;80:453-462.

