

Tratamiento del dolor neuropático en las consultas de neurología. Estudio PREVADOL

J. Pardo-Fernández^a, E. Gutiérrez-Rivas^b, J. Montero-Homs^c,
C. Navarro^d, en representación del grupo de estudio PREVADOL

TREATMENT OF NEUROPATHIC PAIN IN NEUROLOGY UNITS. THE PREVADOL STUDY

Summary. Introduction. Neuropathic pain (NPP) is defined as a pain started or caused by an injury to or dysfunction of the nervous system. Its treatment is different to that of nociceptive pain since it does not respond to conventional analgesics or non-steroidal antiinflammatory drugs. Aim. To describe the treatment being received by patients with NPP in the daily clinical practice of the specialist in neurology. Patients and methods. An observational, epidemiological, cross-sectional study was conducted in 36 neurology units (24 extra-hospital and 12 belonging to hospitals). We collected the clinical data and the treatment administered to the first 20 patients with NPP to visit the neurology units over a period of 20 consecutive working days. Results. Data were collected for a total of 451 patients with NPP. The pharmacological groups most frequently used in patients with NPP attended in neurology units are antiepileptics (71%) and antidepressants (15%). Of these patients, 60% were being treated with a single drug (an antiepileptic agent in 84.5% of cases; antidepressants in 10.3%). Two pharmacological treatments were being received by 23.7%, and 2.3% of patients were given treatment involving three or more pharmacological agents. A total of 30% received non-pharmacological treatments, especially physiotherapy (50.4%). Conclusions. Most patients with NPP attended in neurology units follow first-order pharmacological treatments (antiepileptics or antidepressants). Over half the patients are controlled with monotherapy, usually with an antiepileptic agent. Non-pharmacological treatments (especially physiotherapy) are used in a third of the patients. [REV NEUROL 2006; 42: 451-4]

Key words. Antidepressants. Antiepileptic drugs. Neurology units. Neuropathic pain. Non-pharmacological treatment. Pharmacological treatment.

INTRODUCCIÓN

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor –International Association for the Study of Pain (IASP)–, el dolor neuropático (DNP) se define como un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso [1]. Es preciso diferenciarlo del dolor nociceptivo, que tiene una función protectora frente a posibles estímulos nocivos y es consecuencia de la activación fisiológica de los receptores nociceptivos. El DNP, sin embargo, no se produce por una estimulación fisiológica de los receptores del dolor, sino por una lesión o disfunción de las vías que conducen el dolor. Es un síntoma que puede ocurrir en

diversas enfermedades del sistema nervioso central (DNP central) o periférico (DNP periférico). Es uno de los tipos de dolor más complejo, dado que engloba diferentes etiologías, mecanismos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas [2,3].

La prevalencia del DNP en consultas de neurología se ha estimado en un estudio reciente en un 3,88%, con una incidencia del 1,24% [4]. Estas cifras aumentarían significativamente si se incluyesen los casos de radiculopatías agudas y neuropatías por atrapamiento no tenidas en cuenta en el citado estudio por tratarse de un dolor de tipo mixto.

El tratamiento del DNP es claramente diferente del utilizado en el dolor nociceptivo, ya que no responde a analgésicos convencionales ni a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) [5,6]. Siempre que sea posible, el abordaje terapéutico será de tipo multidisciplinar, el cual incluye no sólo el tratamiento farmacológico, sino también la fisioterapia, el tratamiento psicológico y otras modalidades terapéuticas como la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la ecografía, la acupuntura, etc. Según estudios recientes, basados en una evidencia de clase A, los fármacos con eficacia demostrada en el tratamiento del DNP son los antidepresivos tricíclicos, los antiepilepticos, los opiáceos, el tramadol y los parches de lidocaína al 5% [6]. Sin embargo, no disponemos de protocolos fiables en cuanto a qué agentes utilizar en primera instancia, posibles combinaciones farmacológicas, y la eficacia de éstos en las diversas entidades causantes de DNP [7]. Además, los escasos estudios realizados sobre el tratamiento del DNP en diferentes ámbitos [8-10] muestran resultados divergentes, y en nuestro conocimiento no disponemos de estudios que analicen el manejo terapéutico de estos pacientes en las consultas de neurología.

Por ello, uno de los objetivos del estudio PREVADOL –además de analizar la prevalencia e incidencia del DNP en consultas de neurología y caracterizar el perfil clínico de estos pacien-

Accepted tras revisión externa: 28.02.06.

^a Servicio de Neurología. Hospital Clínico, Santiago de Compostela, A Coruña. ^b Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ^c Servicio de Neurología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ^d Departamento Médico. Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. Eduardo Gutiérrez Rivas. Servicio de Neurología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Ctra. Andalucía, km 5,4. E-28045 Madrid. E-mail: dregr@hotmail.com

Resto de investigadores del estudio PREVADOL: A. Guerrero Sola, B. Indakoetxea Juanabeltz, C. Martín Estefanía, C. Arenas Cabrera, C. Peiró Vilaplana, C. Iñiguez Martínez, E. Franco Macías, F. Pérez Errazquin, G. González Caballero, J. Coll Cantí, J. del Val Moreno, J. López González, J. López-Trigo Picho, J. Ruiz Martínez, J. Almajano Martínez, J.M. Rodríguez Navarro, J. Prat Rojo, J.A. Mauri Llerda, J.M. Camacho Cuartero, J. Suárez Muñoz, J.A. Martínez Matos, J. Bautista Lorite, J.J. Poza Aldea, J.R. García Rodríguez, M.A. Ceballos Hermansanz, M.J. Fernández Pérez de Villalain, M.J. Gómez Heredia, M. Lozano Sánchez, M. Romero Acebal, M. Lustres Pérez, M. Hervás García, M.B. El Mnajed Wkwider, P. Larrodé Pellicer, R. Amela Peris, R. Sánchez Pérez, S. Jaumá Classen y S. Mirdavood.

Agradecimientos. A Infocencia, por su colaboración en el análisis estadístico. Este trabajo ha contado con el apoyo económico de Novartis Farmacéutica, S.A.

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

tes— fue conocer el manejo terapéutico de este tipo de dolor en las consultas de neurología, tanto hospitalarias como extrahospitalarias.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, epidemiológico y transversal en 36 consultas de neurología del territorio nacional: 12 consultas de neurología hospitalarias y 24 consultas de neurología extrahospitalarias. La muestra incluyó diversos centros de la red sanitaria pública de las siguientes comunidades autónomas: Andalucía (6), Aragón (3), Canarias (3), Comunidad de Madrid (6), Comunidad Valenciana (6), Cataluña (6), Galicia (3) y País Vasco (3). Las 36 consultas seleccionadas eran de 'neurología general', tanto las extrahospitalarias como las hospitalarias.

El diagnóstico de DNP se estableció mediante criterios clínicos, siguiendo la definición y criterios diagnósticos de la IASP [1]. Se excluyeron los casos de radiculopatías agudas y neuropatías por atrapamiento, dado que en estos casos el mecanismo fisiopatológico del dolor puede ser mixto (nociceptivo y neuropático), lo que supondría un sesgo para la valoración de los tratamientos utilizados en estos pacientes [11].

Los investigadores recogieron durante 20 días laborables consecutivos los datos de los 20 primeros pacientes con DNP que acudieron a consulta de neurología (ya fuese por primera vez o para una revisión). Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de DNP, que otorgaran su consentimiento informado. Quedaron excluidos aquellos pacientes que repitieron consulta durante el período de estudio. Para la caracterización del perfil del paciente con DNP, se recogieron: ámbito de procedencia del investigador (consultas de neurología extrahospitalarias u hospitalarias), datos de filiación del paciente (fecha de nacimiento y sexo), etiología y duración del DNP (agudo si resultó menor de 6 meses, crónico si fue mayor de 6 meses) y tratamientos farmacológicos (principios activos) y no farmacológicos utilizados en DNP.

En cuanto al método estadístico, se utilizaron medias y porcentajes según la variable analizada, y para el cálculo de diferencias estadísticas entre porcentajes, se aplicó la prueba de χ^2 .

RESULTADOS

Se recogieron datos de un total de 451 pacientes con DNP—258 (57,2%) en consultas de neurología extrahospitalarias y 193 (42,8%) en consultas de neurología hospitalarias—. En 13 casos (2,9%) no se recogieron los datos sobre sexo y duración del dolor. La muestra se compuso de un 59,4% de mujeres y un 40,6% de hombres. La edad media \pm DE de los pacientes con DNP fue de $62,84 \pm 13,9$ años. Las entidades causantes de DNP recogidas con mayor frecuencia fueron: neuralgia esencial del trigémino (25,6%), neuropatías diabéticas (14,6%) y otras neuropatías periféricas (12,8%). La duración del DNP fue crónica (superior a los 6 meses) en el 77,2% de los casos [4].

El número de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos a los pacientes con DNP se detalla en la tabla I.

Los pacientes atendidos en consultas de neurología hospitalarias reciben una media \pm DE de $1,5 \pm 0,9$ fármacos, y los atendidos en consultas de neurología de atención primaria, $1,3 \pm 0,8$ fármacos ($p < 0,01$).

El 60% de los pacientes estaba siendo tratado con un único fármaco. Entre los que recibían un único medicamento, el grupo farmacológico más habitual era el de los antiepilépticos (84,5%). Los principios activos más utilizados en monoterapia fueron: gabapentina (42,4%), carbamacepina (21,8%) y oxcarbacepina (14%). El segundo grupo farmacológico más frecuentemente administrado en monoterapia fue el de los antidepresivos (10,3%). El principio activo administrado en este caso, de modo casi exclusivo, fue la amitriptilina (9,6%).

El 23,5% de los pacientes recibía dos tratamientos farmacológicos para

Tabla I. Número de tratamientos farmacológicos utilizados en pacientes con dolor neuropático.

	n	%
Ninguno	34	7,5
1 tratamiento	271	60,0
2 tratamientos	106	23,5
3 tratamientos	26	5,8
4 tratamientos	14	3,1
Total	451	100,0

Tabla II. Grupos farmacológicos administrados en el global de la muestra y en los dos tipos de consultas (porcentajes sobre el total de tratamientos administrados a los pacientes; diferencias no significativas).

	Ámbito de procedencia de los pacientes		Total
	Consultas de neurología extrahospitalarias	Consultas de neurología hospitalarias	
Antiepilépticos	249 (75,2%)	189 (66,3%)	438 (71,1%)
Antidepresivos	45 (13,6%)	47 (16,5%)	92 (14,9%)
Antiinflamatorios no esteroideos	7 (2,1%)	13 (4,6%)	20 (3,2%)
Analgésicos opioides	8 (2,4%)	10 (3,5%)	18 (2,9%)
Miorrelajantes de acción central	8 (2,4%)	9 (3,1%)	17 (2,7%)
Analgésicos y antipiréticos	6 (1,8%)	7 (2,4%)	13 (2,1%)
Benzodicepinas	4 (1,2%)	5 (1,7%)	9 (1,5%)
Anestésicos locales	1 (0,3%)	3 (1,0%)	4 (0,6%)
Vitaminas	2 (0,6%)	1 (0,3%)	3 (0,5%)
Corticosteroides	1 (0,3%)	1 (0,3%)	2 (0,3%)
Total	331 (100%)	285 (100%)	616 (100%)

su DNP. La combinación farmacológica más habitual era la de dos antiepilépticos (43,9%), seguida de antiepiléptico + antidepresivo (28%).

Al 5,8% de los pacientes se le prescribían tres fármacos para tratar su DNP. La combinación más común era la de dos antiepilépticos y un antidepresivo (42,3%).

El 3,1% de los pacientes recibió cuatro fármacos y siempre uno de los fármacos prescritos fue un antiepiléptico. Las combinaciones de cuatro fármacos para el tratamiento del DNP son muy diversas.

Como se refleja en la tabla II, los dos grupos farmacológicos más prescritos fueron los antiepilépticos (71%) y los antidepresivos (15%). Las moléculas más utilizadas para el tratamiento de las diversas entidades causantes de DNP se reflejan en la tabla III.

El 30% de los pacientes ($n = 135$) recibió algún tipo de tratamiento no farmacológico, generalmente como complemento al tratamiento farmacológico, dado que sólo 16 pacientes (3,5%) recibían exclusivamente terapias no farmacológicas. De ellas, la fisioterapia (50,4%) era la más habitual, seguida de la clínica del dolor (34,1%) (Tabla IV).

DISCUSIÓN

Los grupos farmacológicos más utilizados en los pacientes con DNP atendidos en las consultas de neurología son los antiepilépticos (71%) y los antidepresivos (15%). Estos datos indican que

Tabla III. Fármacos más prescritos para el tratamiento de las afecciones causantes de dolor neuropático (DNP) y ámbito de procedencia (porcentajes sobre el total de tratamientos administrados a los pacientes).

	Ámbito de procedencia de los pacientes	
	Consultas de neurología hospitalarias	Consultas de neurología extrahospitalarias
Neuralgia esencial del trigémino (<i>n</i> = 112)	Carbamacepina (47%)	Carbamacepina (43,6%)
Neuropatías diabéticas (<i>n</i> = 64)	Gabapentina (35,7%)	Gabapentina (47,8%)
Otras neuropatías periféricas (<i>n</i> = 56)	Gabapentina (40%)	Gabapentina (48,3%)
Neuralgia postherpética (<i>n</i> = 39)	Gabapentina (44,4%)	Gabapentina (41,9%)
Otras neuralgias craneofaciales (<i>n</i> = 39)	Amitriptilina (25,9%)	Gabapentina (64,6%)
Lesiones radiculares (<i>n</i> = 33)	Gabapentina (21,1%)	Gabapentina (37,9%)
Dolor talámico (<i>n</i> = 23)	Gabapentina (31,6%)	Gabapentina (39,1%)
Otros tipos de DNP (<i>n</i> = 23)	Gabapentina (50%)	Gabapentina (38,5%)
Lesiones medulares (<i>n</i> = 14)	Amitriptilina (28,6%)	Gabapentina (58,3%)
Neuropatías postraumáticas (<i>n</i> = 12)	Gabapentina (50%)	Gabapentina (44,4%)
Síndrome de dolor regional complejo (<i>n</i> = 8)	Gabapentina (50%) Venlafaxina (50%)	Gabapentina (50%)
Neuropatía por cáncer y fármacos relacionados (<i>n</i> = 8)	Gabapentina (33,3%)	Oxcarbacepina (40%) Gabapentina (40%)
Dolor por esclerosis múltiple (<i>n</i> = 4)	Oxcarbacepina (25%) Gabapentina (25%) Carbamacepina (25%) Amitriptilina (25%)	Oxcarbacepina (33,3%) Gabapentina (33,3%) Carbamacepina (33,3%)
Neuropatía por virus de inmunodeficiencia humana y fármacos relacionados (<i>n</i> = 2)	Ningún caso recogido	Oxcarbacepina (33,3%) Gabapentina (33,3%) Tramadol (33,3%)
Dolor por síndrome de Guillain-Barré (<i>n</i> = 1)	Ningún caso recogido	Amitriptilina (25%) Tramadol (25%) Diclofenaco (25%) Piridoxina (25%)

Tabla IV. Tratamientos no farmacológicos utilizados para el DNP.

	Consultas de neurología extrahospitalarias (<i>n</i> = 258)	Consultas de neurología hospitalarias (<i>n</i> = 193)	Total (<i>n</i> = 451)
Fisioterapia	39	29	68
Clínica del dolor	23	23	46
Acupuntura	1	4	5
TENS (estimulación eléctrica transcutánea)	3	2	5
Otros	8	3	11
Total	74	61	135

la mayoría de los neurólogos utiliza fármacos de primera línea en el tratamiento del DNP [6,7]. Los resultados obtenidos contrastan con los que se recogen en las fuentes bibliográficas, basados en los tratamientos utilizados para este tipo de dolor en otros ámbitos (médicos de atención primaria o especialistas no neurólogos). En una serie de 151 pacientes remitidos desde atención primaria a un hospital terciario, el 72,8% refería un control

inadecuado del DNP y un 25% nunca había recibido antiepilépticos ni antidepresivos tricíclicos [9]. En otro estudio más reciente [10], realizado a partir de una base de datos de compañías de seguros estadounidenses (55.686 pacientes), los tratamientos más usados fueron los analgésicos opioides (53,2%), los AINE (39,7%), las benzodiazepinas (21,1%), los antidepresivos tricíclicos (11,3%), los antiepilépticos (11,1%) y los esteroides (10,3%). En el estudio de Meyer-Rosberg et al [8], realizado en Suecia en 126 pacientes con DNP periférico atendidos en clínicas del dolor, el tratamiento más común consistía en opioides (33%) y antidepresivos tricíclicos (20%), y los antiepilépticos se utilizaban con menor frecuencia (6,2%).

En nuestro estudio, el 60% de los pacientes sigue tratamiento con un solo fármaco, habitualmente un antiepiléptico (84%). Este dato resulta llamativo si tenemos en cuenta que el DNP suele ser difícil de tratar, y precisa a menudo de la utilización de dos o más fármacos [6]. Es posible que la adecuada selección de la molécula utilizada en relación con la etiología y/o mecanismos fisiopatológicos causantes del DNP

influya en la efectividad de la monoterapia administrada. Como se observa en la tabla III, dentro del grupo farmacológico más prescrito (antiepilépticos), la carbamacepina es la molécula más utilizada en el tratamiento de la neuralgia esencial del trigémino, mientras que la gabapentina es la molécula más empleada en el tratamiento de la neuralgia postherpética y de la polineuropatía diabética, lo cual concuerda con los resultados de diversos estudios aleatorizados publicados en el tratamiento de estas afecciones [12-14]. Sin embargo, en el presente estudio no se ha valorado el grado de satisfacción del paciente en relación con el tratamiento administrado, por lo que es difícil saber si la monoterapia es realmente suficiente en el tratamiento de estos pacientes.

No existen diferencias en el tipo de moléculas empleadas en el tratamiento de las diversas afecciones causantes de DNP entre las consultas de neurología hospitalarias y extrahospitalarias (Tabla II). Sin embargo, sí existen diferencias estadísticamente significativas en el número de tratamientos utilizados (media de 1,5 fármacos en las hospitalarias frente a 1,3 en las extrahospitalarias). Es posible que la procedencia de los pacientes (principalmente de atención primaria en las consultas de neurología extrahospitalarias, y de otros especialistas, en las hospitalarias) y la gravedad del DNP influyan en la mayor prescripción de fármacos en los pacientes atendidos en el ámbito hospitalario.

Aproximadamente un tercio de pacientes con DNP (30%) sigue algún tipo de tratamiento no farmacológico, principalmente fisioterapia y asistencia a la clínica del dolor. Estos tratamientos se prescriben en una proporción similar entre los pacientes que acuden a consultas de neurología hospitalarias y extrahospitalarias.

Los resultados del estudio PREVADOL son los primeros que se obtienen de un modo sistemático en la clínica diaria del especialista en neurología de España, y constituyen una primera aproximación al tratamiento real de este tipo de pacientes. No

obstante, sería deseable realizar una muestra más amplia, con inclusión de centros hospitalarios y extrahospitalarios de todas las comunidades autónomas, y con evaluación del grado de satisfacción del paciente en relación con los tratamientos administrados, para poder completar nuestro conocimiento sobre el tratamiento y control del DNP en las consultas de neurología de España. También sería deseable, en futuros estudios, realizar una valoración de la respuesta terapéutica en función de los mecanismos fisiopatológicos implicados en los síntomas y/o signos que presente el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Merskey H, Bogduk N. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994.
- Montero J. ¿Qué es el dolor neuropático? *Continua Neurológica* 2000; 3: 1-10
- Serra J. Overview of neuropathic pain syndromes. *Acta Neurol Scand* 1999; 173: 7-11.
- Montero J, Gutiérrez-Rivas E, Pardo J, Navarro C. Estudio de prevalencia, incidencia y caracterización del dolor neuropático en consultas de neurología. *Estudio PREVADOL. Neurología* 2006; 20: 385-9.
- Harden N, Cohen M. Unmet needs in the management of neuropathic pain. *J Pain Symptom Manag* 2003; 25: 12-7.
- Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, Allen RR, Argoff CR, Bennett GJ, et al. Advances in neuropathic pain. Diagnosis, mechanisms and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003; 60: 1524-34.
- Aguilera-Muñoz J, Arizaga-Cueta E, Carpio-Rodas A, Crump J, Díaz-Heredia F, Fernández CF, et al. Guías de práctica clínica del dolor neuropático (II). *Rev Neurol* 2005; 40: 303-16.
- Meyer-Rosberg K, Kvarnström A, Kinnman E, Gordh T, Nordfors LO, Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain –a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain* 2001; 5: 379-89.
- Gilron I, Bailey J, Weaver DF, Houlden RL. Patients' attitudes and prior treatments in neuropathic pain: a pilot study. *Pain Res Manag* 2002; 7: 199-203.
- Berger A, Dukes EM, Oster G. Clinical characteristics and economic costs of patients with painful neuropathic disorders. *J Pain* 2004; 5: 143-9.
- Baron R, Binder A. How neuropathic is sciatica? The mixed pain concept. *Orthopade* 2004; 33: 568-75.
- Sindrup SH, Jensen TS. Pharmacotherapy of trigeminal neuralgia. *Clin J Pain* 2002; 18: 22-7.
- Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2004; 63: 959-65.
- Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M, et al. Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1831-6.

TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN LAS CONSULTAS DE NEUROLOGÍA. ESTUDIO PREVADOL

Resumen. Introducción. El dolor neuropático (DNP) se define como un dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso. Su tratamiento es diferente al del dolor nociceptivo, dado que no responde a analgésicos convencionales ni a antiinflamatorios no esteroideos. Objetivo. Describir el tratamiento que están recibiendo los pacientes con DNP en la práctica clínica diaria del especialista en neurología. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio observacional, epidemiológico y transversal en 36 consultas de neurología (24 extrahospitalarias y 12 hospitalarias). Se recogieron los datos clínicos y tratamientos administrados de los primeros 20 pacientes con DNP que acudieron a las consultas de neurología durante 20 días laborales consecutivos. Resultados. Se recogieron 451 pacientes con DNP. Los grupos farmacológicos más utilizados en los pacientes con DNP atendidos en las consultas de neurología eran antiepilépticos (71%) y antidepresivos (15%). El 60% de los pacientes estaba siendo tratado con un único fármaco (antiepiléptico en un 84,5%; antidepresivo en un 10,3%). Un 23,7% recibía dos tratamientos farmacológicos y un 2,3% seguía tratamiento con tres o más fármacos. El 30% recibía tratamientos no farmacológicos, sobre todo fisioterapia (50,4%). Conclusiones. La mayoría de los pacientes con DNP atendidos en las consultas de neurología siguen tratamientos farmacológicos de primera línea (antiepilépticos o antidepresivos). Más de la mitad de los pacientes se controlan con monoterapia, habitualmente con un antiepiléptico. Los tratamientos no farmacológicos (sobre todo fisioterapia) se utilizan en un tercio de los pacientes. [REV NEUROL 2006; 42: 451-4]

Palabras clave. Antidepresivos. Antiepilépticos. Consulta de neurología. Dolor neuropático. Tratamiento farmacológico. Tratamiento no farmacológico.

TRATAMENTO DA DOR NEUROPÁTICA NAS CONSULTAS DE NEUROLOGIA. ESTUDO PREVADOL

Resumo. Introdução. A dor neuropática (DNP) define-se como uma dor iniciada ou causada por uma lesão ou disfunção do sistema nervoso. O seu tratamento difere do da dor nociceptiva, dado que não responde a analgésicos convencionais nem a anti-inflamatórios não-esteróides. Objectivo. Descobrir que tratamento estão a receber os doentes com DNP na prática clínica diária do especialista em neurologia. Doentes e métodos. Realizou-se um estudo observacional, epidemiológico e transversal em 36 consultas de neurologia (24 extra-hospitalares e 12 hospitalares). Recolheram-se os dados clínicos e os tratamentos administrados dos primeiros 20 doentes com DNP que recorreram às consultas de neurologia durante 20 dias úteis consecutivos. Resultados. Recolheram-se 451 doentes com DNP. Os grupos farmacológicos mais utilizados nos doentes com DNP atendidos nas consultas de neurologia são os antiepilépticos (71%) e os antidepressivos (15%). 60% dos doentes estava a ser tratado com um único fármaco (antiepiléptico em 84,5%, antidepressivo em 10,3%). 23,7% recebia dois tratamentos farmacológicos e 2,3% seguia tratamento com três ou mais fármacos. 30% recebia tratamentos não farmacológicos, sobretudo fisioterapia (50,4%). Conclusões. A maioria dos doentes com DNP atendidos nas consultas de neurologia segue tratamentos farmacológicos de primeira linha (antiepilépticos ou antidepressivos). Mais de metade dos doentes é controlada com monoterapia, habitualmente com um antiepiléptico. Os tratamentos não farmacológicos (sobretudo fisioterapia) utilizam-se em um terço dos doentes. [REV NEUROL 2006; 42: 451-4]

Palavras chave. Antidepressivos. Antiepilépticos. Consulta de neurologia. Dor neuropática. Tratamento farmacológico. Tratamento não farmacológico.