



ALAN LUIS JUÁREZ-BELAÚNDE
 COORDINADOR DEL GRUPO DE ESTUDIO DE DOLOR
 NEUROPÁTICO DE LA SEN (MÉDICO ESPECIALISTA EN
 NEUROLOGÍA, COM MADRID,
 N° COLEGIADO: 284505663)

“SOLO UN 50% DE LOS PACIENTES QUE SUFRE DOLOR NEUROPÁTICO LOGRA CONTROLARLO”

ALREDEDOR DEL 10% DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA SUFRE ESTE DOLOR CRÓNICO, INFRADIAGNOSTICADO Y CUYO ABORDAJE REQUIERE UN ENFOQUE HOLÍSTICO EN EL QUE SE IMPLIQUEN TAMBIÉN ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA.

Según su origen, los expertos distinguen dos tipos de dolor. El más habitual es el nociceptivo, que se genera por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo como puede ser una lesión, una inflamación, una enfermedad, etc. Por lo tanto, *“cumple la función de alertarnos si algo va mal y, por ende, debemos reaccionar yendo al especialista para que nos cure la causa y deje dolor”*, explica **Alan Luis Juárez-Belaúnde**, coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y médico neurólogo del Área de Neurorrehabilitación y Manejo del Daño Cerebral de la Fundación Instituto San José (Madrid).

El otro es el neuropático, *“el cual no está originado en los mismos receptores, sino que se produce cuando hay un daño en el propio tejido nervioso que manda las señales al cerebro, y ya sea una afectación de los nervios periféricos o a nivel central, que son los dos subtipos de dolor neuropático”*, añade el especialista. Con lo cual, es menos habitual, porque implica la lesión del mismo sistema de señalización hacia el cerebro de que algo anda mal, siendo una enfermedad infradiagnosticada que afecta a aproximadamente un 10% de la población, de acuerdo a los más recientes datos aportados por la SEN.

Juárez-Belaúnde recalca, asimismo, que entre ambos tipos existe una diferenciación en cuanto a tiempo. *“Si el nociceptivo es un dolor que suele avisar durante un tiempo determinado y calmada la noxa desaparece, el neuropático es crónico, es decir, suele durar más de tres meses”*.

Entonces, cuando ya se cronifica el dolor, se dice que en hasta el 60 - 70% de la etiología está involucrado el dolor neuropático *“¿Por qué? Porque las áreas tanto de ascenso central como de control descendente se han alterado, se han sensibilizado. Es lo que muchos clínicos conocen como el cuadro de sensibilización central”*.

El difícil abordaje del dolor crónico

“Cuando se cronifica el dolor, es mucho más complejo su manejo”, aclara el coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático respecto a si llega a desaparecer de alguna manera o los pacientes tienen que aprender a convivir con él. Más de tres millones de españoles padecen este tipo de dolor crónico, y cada año se producen 400.000 nuevos casos, pero “solo un 50% de los pacientes logra controlarlo, incluso con la combinación adecuada de los medicamentos según nos indican las guías”.

Es por eso que, en opinión del neurólogo, “debemos tratar de usar otras medidas complementarias no farmacológicas para ayudar a esa persona a que su percepción del dolor cambie, entendiendo que una vez llegado el cuadro de sensibilización central lo va a tener durante una larga temporada en su vida, meses y a veces años”. “No se trata de acostumbrarse, pero sí de aprender a convivir con él y de limitar al máximo esa percepción subjetiva del dolor”, recalca.

No en vano, recuerda que, como en muchas otras áreas médicas, las patologías crónicas van a abundar más, y en Neurología no es distinto. “Los médicos sabemos que, mejorando la calidad de vida de la persona, no solamente tenemos que estar pendientes de las condiciones clásicas de la patología, sino también de otros síntomas no menos importantes”. Dada esa característica, “cada vez somos más conscientes de que hay que entender a la persona bajo su concepto biopsicosocial”, asegura el experto. De hecho, en 2020 la Organización Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) ya redactó una nueva definición del dolor tras muchos años sin actualizarse, en la que indicaban que había que tener en cuenta este aspecto biopsicosocial: “Los médicos debemos reconocer y entender a todas las personas que dicen sufrir dolor”.

Este aspecto psicológico implica que, cuando un dolor es crónico con características neuropáticas, está afectando a muchas áreas cerebrales donde están involucradas trastornos del sueño, depresión y ansiedad. “Estas comorbilidades son frecuentes, y no manejarlas en conjunto es contraproducente”, alerta Alan Luis Juárez-Belaúnde. Por lo tanto, “no solo requieren de medidas farmacológicas, sino también contar dentro de un equipo interdisciplinar con especialistas como un psicólogo clínico que nos ayude a tratar a esa persona con técnicas de psicoterapia”.

“No se puede dejar de lado tampoco que somos animales que tienden a la socialización. Es impronta que aprenda a convivir con mis condiciones en un ambiente laboral, familiar y de amistad”, prosigue, y añade: “Hay que tratar de facilitarle la vida a ese paciente para que siga siendo útil a la sociedad, porque además sabemos que el aspecto sociosanitario del dolor crónico supone el 3% del PIB, por lo que debe ser coabordado con el médico de Atención Primaria (AP)”.

Por otro lado, el especialista indica que es aconsejable el ejercicio físico terapéutico, que en muchas ocasiones manejan fisioterapeutas especializados en dolor crónico, acedéndoles a los pacientes “una rutina de trabajo saludable y personalizada”.

Muy relacionada a este componente menciona la última arista a tener en cuenta en este manejo holístico, la nutricional. “Muchos alimentos cumplen un papel proinflamatorio, por lo que a esa persona es conveniente decirle que debe bajar de peso. Pero además, enseñarle que el dolor crónico es una condición que presta un proceso inflamatorio crónico en nuestro organismo. Trabajarlo desde un punto de vista de una adecuada nutrición, agregando suplementos nutricionales que son saludables y antiinflamatorios, así como restringir los alimentos proinflamatorios. Es importante para ello que las unidades se valgan de un nutricionista que ayude a mejorar la calidad de vida del paciente con dolor crónico”.

Reflexiona el especialista que “quienes nos dedicamos a la consulta externa y tenemos experiencia con este tipo de abordaje holístico, hemos comprobado cómo mejora la adherencia y seguimiento en la consulta. Y en segundo lugar, te lo agradece, porque a lo mejor el dolor no desaparece, pero en una escala de 10 baja desde un 10 sobre 10, a un 4, lo que ya le permite llevar a cabo su vida con cierta normalidad”.

La importancia de la atención a través de unidades especializadas

Ahora bien, ¿pueden los pacientes, en la práctica, acceder a este abordaje integral? Para el doctor esa es la gran pregunta. “Los profesionales sanitarios dedicamos horas de nuestro trabajo para promocionar este manejo sociosanitario. Tenemos que hablar con los estamentos porque esto no debe ser algo necesariamente exclusivo de la consulta privada, sino que poco a poco hay que integrarlo en la Seguridad Social”.

“HAY QUE TRATAR DE FACILITARLE LA VIDA A ESE PACIENTE PARA QUE SIGA SIENDO ÚTIL A LA SOCIEDAD”

Él cree que “las cosas se pueden hacer mejor, por lo que hay que ir avanzando al concepto de unidades especializadas para distintos trastornos, no tanto por especialidades, donde exista también la atención de psicólogos, nutricionistas, etc.”

En España existen alrededor de 290 unidades de dolor entre públicas y privadas. Sin embargo, lamenta Juárez-Belaúnde, “solo un 2% de los neurólogos tienen interés y consiguen entrar a trabajar en unidades de dolor, cuando está indicada la conveniencia de que cuenten con uno”.

En suma, “vamos por el buen camino”. “No es fácil buscar todos estos recursos, pero tarde o temprano se tiene que conseguir porque es lo que dicta la evidencia”, reflexiona. Añade que “el medicamento no lo es todo, estas áreas complementarias son muy útiles”. “Y qué decir de las nuevas tecnologías como la neuromodulación, la estimulación magnética transcraneal, o lo que hacen los anesestesiólogos y los cirujanos con aparatos de estimulación eléctrica para modulación. Son técnicas que seguirán avanzando y tendrán una medida de aporte complementario”, subraya el facultativo.

Así las cosas, el experto en dolor neuropático es bastante optimista ante la posibilidad de eliminar este dolor crónico. “Aunque no tanto como quisiéremos, hoy la ciencia avanza bastante. Se siguen encontrando nuevas evidencias que van a tener en un futuro utilidad para el manejo del dolor a nivel farmacológico. Y lo mismo va a ocurrir con medidas no farmacológicas”. Por ejemplo, “a veces nos ocurre por serendipia que no sabemos exactamente qué está haciendo la estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr), pero muchas veces termina ayudando y mejorando la sintomatología en la persona de una forma diferente al efecto placebo”. Eso sí, aclara que “habrá que seguir sumando evidencias para que tenga el suficiente rigor para implementarlo en las guías de práctica clínica actualizadas”.

En conclusión, “creo que tarde o temprano podremos hacer desaparecer el dolor crónico neuropático sin que hacerlo sea contraproducente o se generen efectos secundarios”. +