



Sistemul de management certificat
Conform standardului
SR EN ISO 9001:2015, 14001:2015

Evaluarea și tratamentul durerii

Durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută datorată de leziuni tisulare actuale sau potențiale. Durerea este un simptom, o experiență subiectivă întotdeauna asociată cu o reacție emoțională. Cu cât aura emoțională este mai importantă cu atât durerea reală, fizică sau psihică este mai mare.

Pacientul percepe de fapt suferința datorată de durerea asociată bolii. Această suferință implică pe lângă componenta fizică a durerii și alte elemente legate de starea psihoe emoțională a pacientului, relațiile și sprijinul social de care beneficiază sau nu pacientul, valorile, așteptările și interpretarea pe care o dă pacientul durerii. Saunders a dezvoltat conceptual de "durere totală" pentru a sublinia importanța acestor componente (emoțional, social, spiritual) în durerea cronică în cancer.

Cu alte cuvinte durerea este un fenomen somato – psihic modulată de

- Afectul pacientului
- Moralul pacientului
- Semnificația durerii pentru pacient

Incidență:

Frecvența cu care apare durerea variază în funcție de stadiul bolii și de localizarea primară a tumorii. Durerea moderată sau severă este prezentă la:

- 1/3 din pacienți în momentul diagnosticării
- Peste 2/3 din pacienți cu cancer în stadiul avansat

Pentru anumite tipuri de cancer este mai probabilă asocierea durerii decât pentru altele:

- Peste 80% în cancerul osos, pancreas, esofag
- 70-80% în cancerul pulmonar, gastric, prostată, sân, ovar, hepato-bilioar
- 60-70% orofaringe, colon, creier, rinichi, vezică urinară
- 50-60% limfoame, leucemii, tumori de țesuturi moi

Clasificarea durerii în funcție de durată:

Durerea acută – este întotdeauna asociată cu o leziune tisulară acută, traumatică sau ca urmare a unei boli sau cu o disfuncție a musculaturii sau organelor interne, fiind rezultatul stimulării nociceptorilor periferici, somatici sau viscerali. Comportamentul bolnavului cu durere acută este caracteristic, pacientul este adesea agitat sau imobil într-o poziție antalgică cu semne ale stimulării sistemului vegetativ simpatic

Durerea cronică - este acea durere care persistă mai mult de o lună după vindecarea unei afecțiuni algogene acute. Diferența majoră dintre durerea acută și cronică constă în răspunsul neuronilor centrali la impulsurile nociceptive repetate. Cu cât este de mai lungă durată cu atât este mai puternică, mai traumatizantă, ducând inexorabil la modificarea caracterului persoanei.

Puseul dureros (durerea breakthrough) – este o creștere spontană a intensității durerii ce apare pe fond de durere de intensitate scăzută sau absentă, fără a putea decela un factor declanșator.

Durerea incidentă – este acel puseu dureros la care se poate decela factorul care îl produce (mișcare, micțiune, schimbarea pansamentului, deglutiție)

Clasificarea durerii în funcție de mecanismul fiziopatologic:

Durerea nociceptivă – este cauzată de stimularea directă a nociceptorilor periferici. De obicei este asociată cu afectarea țesutului și procese inflamatorii. Durerea nociceptivă poate fi:

- Somatică – prin stimularea nociceptorilor somatici din mușchi, oase, tegument, țesut celular subcutanat. De obicei este bine localizată și descrisă ca ascuțită, înțepătoare, pulsatilă sau asemănătoare presiunii.
- Viscerală – prin stimularea nociceptorilor localizați în viscere, peritoneu și calitatea pleurală. Este o durere întinsă pe o zonă mai mare, mai puțin bine localizată și descrisă ca o durere profundă sau pulsatilă uneori ascuțită dacă sunt implicate capsulele organelor

Durerea neuropatică - este cauzată de compresiuni sau leziuni la nivelul sistemului nervos central sau a nervilor periferici. Este descrisă ca arzătoare, usturătoare sau înțepătoare, lăncinantă.

Durerea psihogenă – este durerea pentru care nu există o bază fizică, la pacienții care au alte semne de psihopatii. În timp ce factorii psihologici influențează major percepția durerii, durerea psihogenică nu apare ca o consecință a cancerului.

Cauzele durerii – la pacienții cu cancer sunt:

Durerea datorată implicării tumorale - poate fi la nivel:

- Osoase – metastazele osoase cauzează durere prin distrugere osoasă locală, fracturi patologice, infiltrarea țesuturilor înconjurătoare
- Nervi- prin compresia și infiltrarea nervilor periferici
- Țesuturi moi – prin infiltrarea țesutului moale și distrugere tisulară locală
- Viscere – infiltrarea viscerelor cauzează durere profundă, slab localizată, adesea însoțită de durere cutanată radiantă

Durerea asociată tratamentului:

- Chimioterapia poate cauza mucozite, flebite, neuropatii, necroze tisulare datorită extravazării
- Radioterapia poate cauza mucozite mielopatie, fibroze secundare
- Intervențiile chirurgicale – dureri în membrul fantomă, limfedem

Durere asociată debilității produse de boală

- Escare
- Constipație
- Spasme vezicale (dupa cateterizare)
- Tromboze și embolism
- Durere musculo scheletală secundară inactivității
- Distensie gastrică

Evaluarea durerii

Scopul evaluării durerii este de a stabili „diagnosticul durerii” și planul individualizat de tratament al durerii bazat pe obiective stabilite de comun acord cu pacientul.

Evaluarea durerii cuprinde:

- Localizarea unde anume va doare
- Iradierea durerii
- Intensitatea durerii: ultimele 24 de ore și durerea curentă

Pacienții trebuie întrebați despre:

- durerea actuală
- durerea cea mai intensă
- durerea medie în ultimele 24 ore
- durerea la repaus
- durerea la mișcare

Durerea unui pacient “se măsoară” convențional folosind scale. Acestea trebuie folosite de către pacient și nu de către aparținători.

Scala numerica:

- **Verbala:** Ce număr descrie durerea cea mai mare pe care ati avut-o în ultimele 24 de ore, de la 0 (nici o durere) la 10 (durerea cea mai mare pe care vi-o puteți imagina)
- **Scrisa:** Incercuți numărul care descrie durerea cea mai mare pe care ati avut-o în ultimele 24 de ore.

Scala numerica:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nici o durere								Cea mai mare durere	

Interferența cu activitățile zilnice: -activitatea generală, starea de spirit, relațiile cu ceilalți, somn, apetit.

Variația în timp: începutul, durata, cursul, persistența sau intermitența.

Descrierea durerii:

- Apăsare, junghi, presiune deseori asociată cu durerea somatică la nivelul pielii, mușchilor, oaselor.
- Chinuitoare, sub forma de crampe sau colicative, ascuțite, deseori asociată cu durerea viscerală.

- Ascutita, insotita de furnicaturi, lancinanta, sub forma de curent electric, deseori asociata cu durerea neuropata cauzata de leziunea nervilor (durere neuropata)

Alte simptome de insotire: insomnie, depresie, anxietate

Planul actual de management al durerii atât farmacologic cât și nonfarmacologic.

Daca pacientu este sub tratament antialgic acesta trebuie chestionat:

- Ce medicament?
- Ce doze?
- Cat de des?
- Cine prescrie medicamentele in prezent?
- Raspuns la terapia curenta:
- Aderenta pacientului la tratament
- Efectele secundare ale medicatiei, cum ar fi: constipatia, sedarea, incetinirea proceselor cognitive, greata.

Dacă pacientul a folosit anterior altă medicație acesta va fi întrebat despre terapia folosită: motivul folosirii, durata, răspunsul la tratament, motivul întreruperii

Aspecte speciale legate de durere:

- Insemnatatea si consecintele durerii pentru pacient si familie
- Cunostintele si credintele pacientului si ale familiei privind durerea si medicatia pentru durere.
- Atitudini culturale privind durerea si exteriorizarea acesteia.
- Consideratii spirituale, religioase si suferinta existentiala.
- Obiectivele si asteptarile pacientului privind managementul durerii

Dimensiunea psihosociala:

- Suferinta pacientului
- Familia si alte surse de sprijin
- Istoria psihiatrica ,inclusiv utilizarea actuala sau istoricul anterior privind abuzul de medicamente,alcool
- Factori de risc privind utilizarea aberanta sau abaterea de la medicatia pentru durere
- Factori de risc pentru subtratatarea durerii

Evaluarea durerii la pacientii cu tulburari de constienta:

Incapacitatea pacientilor de a exprima verbal intensitatea durerii din cauza unor factori cognitivi sau psihologici reprezinta o bariera majora in evaluarea si managementul durerii.

In absenta unei autoevaluari,observarea comportamentului constituie o abordare valida de evaluare a durerii,cu mentiunea ca uneori, comportamentele pot indica alte surse de distres, precum distresul emotional.

Cauzele potentiale si contextul in care are loc comportamentul trebuie luate in considerare atunci cand se iau decizii legate de tratamentul durerii.

Se recomanda o abordare ce include mai multe puncte de vedere, care sa combine observarea directa, observatiile familiei/ingrijitorului si o evaluare a reactiei la medicatia pentru durere sau la alte interventii non-farmacologice.

Durerea legata de proceduri diagnostice si manevre terapeutice:

Evenimentele care sunt considerate ca ar cauza discomfort pacientului, precum diagnosticul si proceduri terapeutice (ex. ingrijirea plagilor, montare branula, cateter IV, linie arteriala, linie centrala, injectii, aspiratie de maduva osoasa, punctie lombara, biopsie cutanata, biopsie de maduva osoasa), dar si transportul/modificarea pozitiei pacientului cu fracturari trebuie precedate de un pre-tratament cu analgezic. Ingrijitorul ar trebui sa dispuna de analgezice aditionale si/sau anestezice locale pentru titrare in caz de nevoie.

O analgezie consistenta adecvata pentru toate procedurile legate de durere si pentru anxietate este critica. Interventia poate fi multi-modala si poate include una sau mai multe din tehnicile urmatoare, in functie de situatie:

Anestezice locale, precum:

- Creme topice locale cu efect anesteziec.
- Administrarea subcutanata de lidocaina cu ac de G 27.

Administrarea de sedative/analgezice/anestezie generala de catre personal calificat.

Principiile care guvernează folosirea antialgicelor:

Calea orală este calea standard de administrare a analgezicelor inclusiv morfina și alte opioide puternice.

După ceas: durerea persistentă necesită tratament profilactic. Analgezicele trebuie administrate regulat și profilactic, medicația la nevoie este irațională și inumană

Tratamentul trebuie să fie individualizat: doza adecvată este cea care înlătură durerea

După scala OMS: o scală analgezică în trei trepte

Treapta 1 – include analgezice neopioide (paracetamol și AINS)

Treapta 2 - include opioide slabe (tramadol, codeină, fortral)

Treapta 3 - include opioide puternice (morfine și mialgin)

Interventii non-farmacologice în terapia durerii:

Furnizarea de informatii legate de toate aceste tehnici analgezice inainte de procedura este un ideal, pentru ca ii acorda pacientului si familiei acestuia timpul sa asimileze toata informatia, sa puna intrebari si sa-si insuseasca tehnica reducand astfel anxietatea anticipativa.

Terapia cognitiv-comportamentala (TCC) - presupune schimbarea gandurilor si comportamentelor oamenilor si imbunatatirea capacitatii lor de adaptare. In ceea ce priveste durerea cronica, TCC isi propune sa-i invete pe pacienti sa-si insuseasca abilitatile de care acestia au nevoie pentru un control mai eficient al durerii, pentru reducerea suferintei si pentru imbunatatirea calitatii vietii.

Tehnici de relaxare: Acestea au fost utilizate ca instrumente terapeutice de tratare a durerii, deoarece durerea este des asociata cu tensiunea musculara, iar stresul si starea de anxietate sunt de regula asociate cu debutul si mentinerea durerii.

Terapiile complementare: O serie de terapii complementare se bucura de tot mai multa popularitate si sunt asociate tratamentului durerii cronice si al durerii asociate cancerului, precum masajul, aromaterapia, reflexoterapia, hipnoza, imagistica ghidata si vizualizarea. De regula, scopul acestora este sa fie o sursa suplimentara de confort si alinare in contextul interventiilor farmacologice.

Tratamentul durerii are la baza scara de analgezie OMS in trei trepte:

- **Pe treapta I se situeaza antialgicele neopioide (AINS si paracetamolul). Ele se folosesc pentru tratamentul durerii usoare SAV 0-3**

- Ex. Ibuprofen 400-800mg la 6-8 ore
- Paracetamol 500-1000mg la 6 ore

- **Pe treapta a II a se situeaza antialgicele opioide slabe folosite pentru durerea moderata SAV 4-5-6**

Oral:

- Tramadol 50mg la 6-8 ore (se scrie pe reteta uzuala) + Tramadol 50mg pentru puseul dureros + Metoclopramid 10mg la 6-8 ore, 5-7 zile + laxativ
sau
- Dihidrocodeina 60mg la 12 ore (se scrie pe reteta verde) + Codeina 15mg pentru puseul dureros + Metoclopramid 10mg la 6-8 ore, 5-7 zile + laxativ

Subcutanat (calea orala impracticabila):

- Tramadol 50mg sc. La 6-8 ore + Tramadol 50mg sc. pentru puseul dureros + Metoclopramid 10mg sc. la 6-8 ore 5-7 zile + laxativ.

- **Pe treapta a III a se situeaza opioidele puternice folosite pentru durerea severa SAV 7-10**

Pentru pacientul opioid naiv (nu a avut anterior opioide in tratament),

- pacient sub 65 ani:

- Morfina cu eliberare imediata 10mg la 4-6 ore (atentie la functia renala)
- Morfina 10mg pentru puseul dureros
- Metoclopramid 10mg sc. la 6-8 ore, 5-7 zile + laxativ

- pacient peste 65 de ani:

- Morfina cu eliberare imediata 5 mg la 4-6 ore (atentie la functia renala)
- Morfina 5mg pentru puseul dureros
- Metoclopramid 10mg sc. la 6-8 ore, 5-7 zile + laxativ

Subcutanat: Dozele de morfina orala se divid la 2. Eventual, in caz de durere acuta severa, prima doza se va administra IV.

Pentru pacientul opioid tolerant (a avut opioid de treapta II la doza maxima).

Se calculeaza si se administreaza doza echivalenta de:

- Morfina
- Oxycodon
- Fentanyl

Indiferent de intensitatea durerii:

- Recunoasteti si tratati efectele adverse ale medicamentului

- Considerati folosirea unui co-analgezic
- Oferiti suport psihoemotional
- Luati in considerare metodele non-farmacologice

Principii generale de prescriere, titrare si mentinere a opioidelor:

Calea orala este standardul de administrare al analgezicelor inclusiv al morfinei. Tratamentul se administreaza dupa ceas, durerea persistenta necesita tratament profilactic. Medicatia la nevoie este irationala si inumana.

Doza optima este doza care usureaza durerea pacientului pe tot parcursul intervalului titrat fara a cauza efecte secundare necontrolabile. In general, administrarea orala este cea mai frecventa; totusi alte cai de administrare (IV, subcutan, rectal, transdermal, transmucos, bucal) pot fi luate in considerare pentru a mari confortul pacientului.

Cresterea dozei se face bazandu-ne pe doza totala de opioid luata in ultimele 24 de ore (dozele administrate la intervale fixe plus doza/dozele date la nevoie). Trebuie crescuta atat doza titrata la intervale fixe, cat si cea la nevoie.

Rapiditatea escaladarii dozei ar trebui legata de severitatea simptomelor.

Cresterea dozelor se face cu 30-50-100%. Starea stabila plasmatica e obtinuta cam dupa 5 timpi de injumatatire.

Daca pacientul se confrunta cu efecte secundare necontrolate si durerea este < 4 , aveti in vedere scaderea dozei cu aprox. 25% si faceti o reevaluare. Pacientul insa va necesita o observare atenta pentru a fi siguri ca durerea nu escaladeaza. Luati in considerare rotatia opioidelor daca durerea nu este controlata sau daca efectele secundare sunt persistente cu terapia curenta.

Principii in terapia cu opioide de durata

Pentru durerea continua, este indicat sa dati medicatie pentru durere la intervalele orare fixe cu doze suplimentare (la nevoie) pentru puseele dureroase.

Administrati preparate cu eliberare prelungita pentru a asigura analgezia de fond pentru controlul durerii cronice persistente dupa cum ati titrat si ati stabilit doza zilnica necesara folosind opioid cu actiune imediata.

Dati doze la nevoie de opioide folosind preparate cu eliberare imediata pentru durerea in puseu sau exacerbari acute ale durerii, durerea legata de activitate sau pozitie sau durerea de la finalul intervalului intre doze:

Cand e posibil, folositi acelasi opioid in preparatul cu eliberare imediata si in cel cu eliberare prelungita.

Doza pentru opioidul la nevoie este de 1/6 din doza zilnica. Se pot administra doze la nevoie la interval de 1 ora pana cand durerea este controlata. Folosirea frecventa a medicatiei la nevoie poate indica faptul ca trebuie modificat dozajul zilnic de fond.

Cresteti doza de opioid cu eliberare prelungita daca pacientul cere persistent doze la nevoie sau cand dozele de la ore fixe esueaza in a usura durerea la o ora dupa administrare sau cand apare durere de sfarsit de doza.

INTOCMIT

MEDIC PRIMAR MEDICINA INTERNA CU ATESTAT IN INGRIJIRI PALIATIVE

DR.MURESAN LUMINITA

COORDONATOR COMPARTIMENT INGRIJIRI PALIATIVE