



Consultul în 10 minute: Durerea persistentă

Sub redacția:

Dr Martin Johnson

RCGP Clinical Lead for Chronic Pain

and

Dr Ann Taylor

School of Medicine
Cardiff University
UK

Prefață	vii
1. Introducere	1
Scopul consultației de 10 minute: durere persistentă?	1
Scopurile și obiectivele cărții	1
Epidemiologia durerii persistente	2
Natura durerii	4
Legislație, aspecte juridice și etice	12
2. Evaluarea pacientului cu durere	15
Principii generale de evaluare a durerii	15
Instrumente de screening și evaluare	21
3. Cum se gestionează pacientul cu durere persistentă	25
Introducere în principiile de management al durerii	25
Managementul durerii lombare cronice LBP (Low Back Pain) și a sciaticii	49
Durerea cronică generalizată și fibromialgia	58
Durerea pelvină	71
Durerea neuropatică	81
Managementul comorbidităților	90
4. Îngrijirea axată pe persoană	117
Auto-management	117
Principiile auto-managementului	118
Ce este un program de auto-management al durerii? Din perspectiva pacienților, un simplu ghid pentru medicii de familie și pacienți	123
5. Lectura suplimentară	125

Prefață

Durerea persistentă afectează în jur de 20% din populația noastră, iar pacienții cu durere persistentă sunt consultați de către medicul de familie de 5 ori mai frecvent decât cei care nu prezintă această afecțiune.

Acest ghid util urmărește sporirea conștientizării durerii persistente de către personalul medical care activează la nivelul îngrijirii primare, personal care gestionează marea majoritate a cazurilor.

Ghidul a fost conceput de către experți în domeniul durerii persistente-incluzând medici de familie -, cu următoarele obiective:

- Explicarea principalelor elemente ale psiho-patologiei.
- Conturarea modului de evaluare a pacientului cu durere persistentă și înțelegerea abordării bio-psiologice.
- Stimularea înțelegerii paletelor de tratamente disponibile, în mod special a importanței auto-managementului asistat și a faptului că medicamentele nu reprezintă singura opțiune în durerea persistentă.

În prezent, un ghid clinic simplu de utilizat, care să fie focusat pe evaluarea inițială și managementul durerii de către cei ce nu sunt specialiști în durere, lipsește din portofoliul de resurse aflat la îndemâna profesioniștilor din sănătate. Sperăm că această carte va umple acest gol și că va fi utilizată, pe scară largă, atât de către medicii de familie aflați în formare, cât și de către cei mai experimentați, în îngrijirea pacienților care se prezintă cu durere la nivelul îngrijirii primare.

Dr. Maureen Baker

Președinte al Consiliului

Royal College of General Practitioners

Capitolul 1 Introducere

Scopul consultației de 10 minute: durere persistentă?

Martin Johnson

Cât de importante sunt evaluarea cu acuratețe și la timp și managementul ulterior al durerii persistente în îngrijirea medicală primară? „Profitabilă?”, „Facilă?” și „Consumatoare de timp?” sunt unele dintre răspunsurile pe care le-am primit când am pus aceeași întrebare în conferințele mele pe tema durerii persistente. Fundamental, mulți profesioniști în sănătate eșuează în înțelegerea însemnătății durerii persistente și a poverii pe care ea o generează asupra societății și individului. Se poate argumenta că durerea persistentă este cea mai comună afecțiune simptomatică pe termen lung, tratată în îngrijirea primară, și, cu toate acestea, i se acordă una dintre cele mai scăzute priorități. Practica generală poate fi caracterizată ca arta deslușirii a ceea ce nu este explicat medical - această carte reprezintă încercarea noastră de a răspândi ideea că îngrijirea medicală primară are un rol crucial în evaluarea și managementul durerii persistente. Suntem extrem de recunoscători tuturor autorilor pentru contribuția lor de specialitate.

Scopurile și obiectivele cărții

Ann Taylor

Scopul acestei cărți este acela de a pune la dispoziția echipelor de îngrijire medicală primară un ghid rapid de referință, pentru a sprijini managementul eficient, centrat pe pacient și bazat pe probe, al durerii. În mod special, avem următoarele obiective:

- Să justificăm de ce este important managementul precoce și eficient al durerii, în special dat fiind faptul că durerea cronică non-malignă este, în sine, o afecțiune pe termen lung.
- Să ancorăm durerea în cadrul unui model bio-psiho-social.

- Să oferim abordări pragmatice de screening, evaluare, diagnostic și management al durerii.
- Să aliniem managementul afecțiunilor dureroase frecvent întâlnite în ghidurile directe ale „British Pain Society's Pain Patient Map of Medicine” și să prezentăm studii de caz pentru examinare.

Epidemiologia durerii persistente

Ceri Phillips

O prezentare video este disponibilă pe website-ul Pain Community Centre.

Economia durerii | Ceri Phillips

<http://www.paincommunitycentre.org/article/economics-pain>

Temp necesar: 60 minute.

- Durerea persistentă reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, având un impact negativ asupra calității vieții mai mare decât orice altă afecțiune cronică pentru oamenii care trăiesc în comunitate (**Tabelul 1.1**). Ea are un impact major asupra ocupării forței de muncă, interferând cu capacitatea de a munci, și este asociată cu o mortalitate crescută, în special când cei afectați sunt incapabili de a fi activi.

Impactul durerii persistente

Muncă

Rata șomajului	Semnificativ crescută
Dizabilitate	Semnificativ crescută
Productivitate	Semnificativ diminuată

Solicitarea serviciilor de sănătate

Vizite la medicul de familie	Semnificativ mai frecvente
Spitalizări	Semnificativ mai frecvente

Calitatea vieții

Bunăstare	Semnificativ diminuată
-----------	------------------------

Tabelul 1.1 MF = medic de familie

- Estimările prevalenței durerii persistente variază, însă este rezonabil să presupunem că, în UK, una din trei gospodării are un membru care suferă de durere persistentă, ceea ce înseamnă că una din opt persoane are o afecțiune dureroasă.
- Chiar dacă unele persoane afectate învață să trăiască destul de rezonabil cu afecțiunea, altora le afectează serios activitățile zilnice, precum și viața socială și profesională.
- Durerea persistentă are un impact negativ asupra calității vieții și a bunăstării mai mare decât alte afecțiuni, și este asociată cu unii dintre cei mai scăzuți indici de calitate a vieții - de exemplu:
 - 65% dintre persoanele cu durere persistentă prezintă tulburări de somn.
 - Aproape 50% dintre persoanele cu durere persistentă sunt depresive și au probleme în a îndeplini activități sociale, în a merge pe jos, în a conduce autovehiculul, sau în a avea o viață sexuală normală.
 - Peste 40% dintre persoanele cu durere persistentă spun că aceasta are un impact negativ asupra familiei sau prietenilor.
 - Peste 40% dintre persoanele cu durere persistentă se simt izolate social datorită durerii lor.
- Dimensiunea problemei durerii persistente constituie o importantă povară economică pentru pacienți, precum și pentru serviciile de sănătate și pentru societate:
 - Persoanele cu durere persistentă utilizează serviciile de sănătate mai frecvent decât cei neafecțați.
 - Persoanele cu durere persistentă se prezintă de mai multe ori la consultație la medicii de familie, sunt spitalizate mai frecvent, petrec mai multe zile în spital și consumă cantități substanțiale de medicamente, comparativ cu cei neafecțați.
- Impactul economic al durerii este mai mare decât al majorității celorlalte afecțiuni, datorită ratei ridicate de absenteism, nivelului scăzut de productivitate și riscului crescut de părăsire a pieței muncii și intrare în dizabilitate și incapacitate de muncă pe termen lung, cu costuri uriașe pentru angajatori și economie constituind aproape 3% din produsul intern brut anual al UK.

Definiții ale durerii

Justin Taylor

„The International Association for the Study of Pain” definește „durerea” după cum urmează:

„... o experiență senzorială și emoțională neplăcută, asociată cu prejudiciu tisular real sau potențial, sau descrisă în termenii unui astfel de prejudiciu.”

McCaffrey și Beebe (1989) au oferit o definiție alternativă:

„Durerea este ceea ce descrie persoana afectată că este, existând ori de câte ori spune persoana afectată că aceasta există.”

Ambele definiții subliniază că o experiență dureroasă reprezintă mai mult decât prejudiciere tisulară care declanșează un răspuns din partea sistemului nervos, astfel încât managementul durerii implică mai mult decât simpla tratare a leziunii tisulare.

Așadar, având durerea definită, este important să înțelegem clar prin ce diferențiază durerea acută de durerea persistentă:

- Durerea acută are durată redusă, este un simptom, are o patologie identificabilă ca răspuns la leziunea tisulară, are o funcție biologică, în mod uzual cedează la tratament și poate fi asociată cu anxietatea.
- Durerea persistentă are durată mare, are o patologie adesea neidentificabilă ca răspuns la schimbări necunoscute, centrale sau periferice, din cortexul somatosenzorial, nu are funcție biologică, uneori este posibil să nu răspundă la tratament și poate fi asociată cu mai multe simptome emoționale (de ex. depresia și senzațiile de lipsă de speranță).

Chiar dacă durerea acută sau cea „nociceptivă” se disting de durerea persistentă, granițele nu sunt, întotdeauna, bine definite. Cei care prezintă durere acută pot suferi prin mai mult de un singur mecanism la un moment dat (adică durere ischemică, viscerală, somatică, neuropatică sau procedurală).

Mai mult, chiar dacă durerea acută are un final previzibil, managementul ei ar trebui să fie o prioritate ridicată, deoarece, dacă este neglijată, poate deveni cronică sau persistentă.

Este importantă identificarea unui element neuropatic în istoricul durerii acute, deoarece opțiunea de management diferă pentru cei care experimentează durerea neuropatică comparativ cu cea utilizată pentru durerea nociceptivă.

Următoarele caracteristici din istoricul durerii acute ar putea sugera un element neuropatic:

- Circumstanțe clinice asociate cu un risc crescut de leziuni nervoase – de ex., proceduri pe peretele toracic, amputații sau operații de hernie.
- Descriptori ai durerii (**Tabelul 1.2**).
- Natura paroxistică sau spontană a durerii, care poate avea factori precipitanți neclari.

Instrument de ajutor pentru determinarea tipurilor de durere acută

	Durere somatică	Durere viscerală	Durere neuropatică
Localizare	Localizată	Generalizată/difuză	Iradianță sau specifică
Descrierea pacientului	Înțepături, junghi sau ascuțită	Durere, cu caracter de apăsare sau ascuțită	Arsură, înțepătură, furnicătură, șoc electric
Mecanismul durerii	Activitate periferică a fibrelor delta	Activitate a fibrelor C, implicând inervația mai profundă	Dermatomal (periferic) sau non-dermatomal (central)
Exemple clinice	Lacerații superficiale, arsuri superficiale, injecții intramusculare, acces venos, otită medie, stomatită, escoriații extinse	Leziuni periostale, articulare, musculare, colică și spasm muscular, criza de siclemie, apendicită și litiază renală	Neuralgie trigeminală, neuralgie posttraumatică, neuropatie periferică, neuralgie postherpetică, sindrom dureros regional complex, durere de membru fantomă

Tabelul 1.2 Adaptat după Institute for Clinical Systems Improvement: Assessment and Management of Acute Pain (2008). [http://sonoranhealth.org/resources/Acute+Pain\\$2C+2008.pdf](http://sonoranhealth.org/resources/Acute+Pain$2C+2008.pdf) (accessed 7th March 2014).

Prezența unor senzații anormale neplăcute spontane sau evocate (disestezia).

- Răspuns intensificat la stimuli dureroși anormali (hiperalgezia).
- Răspuns dureros la stimul care, în mod normal, nu produce durere (alodinia).
- Zone de insensibilitate (hipoestezia).
- Schimbări de culoare, temperatură, transpirație în zona afectată și fenomene de tip fantomă.

Astfel, atunci când se planifică managementul eficient al durerii, este important să se determine mecanismul de durere implicat (**Tabelul 1.2**), pe lângă considerarea a idiosincraziilor și a nevoilor grupului specific de pacienți.

Psihologia durerii, mecanism și locuri de acțiune

Tony Dickenson and Irene Tracey

Prezentări video suplimentare sunt disponibile pe website-ul Pain Community Centre.

Progrese înregistrate cu privire la mecanismele de tranziție de la durerea acută la cea cronică | Tony Dickenson

➤ <http://www.paincommunitycentre.org/article/advances-mechanism-transition-acute-chronic-pain>

Timp necesar: 30 min.

Actualizări cu privire la mecanismele durerii | Tony Dickenson

➤ <http://www.paincommunitycentre.org/article/update-pain-mechanisms-tony-dickenson>

Timp necesar: 60 min.

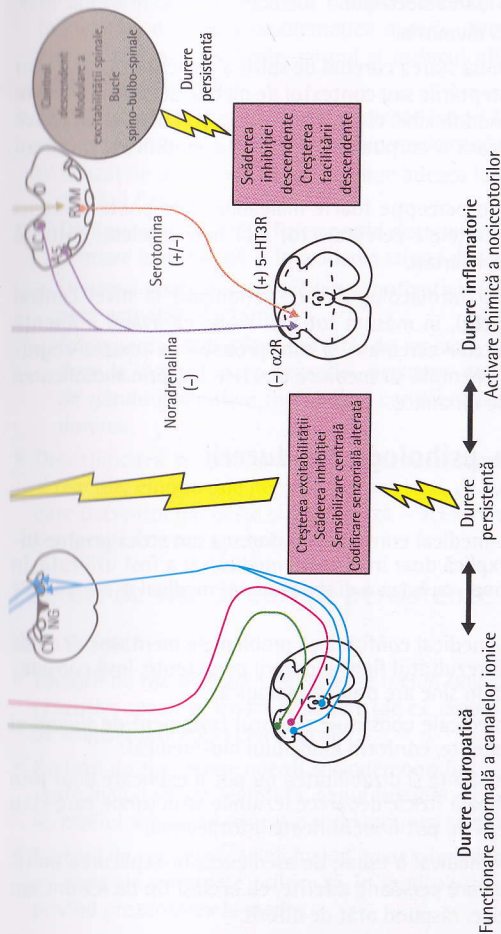
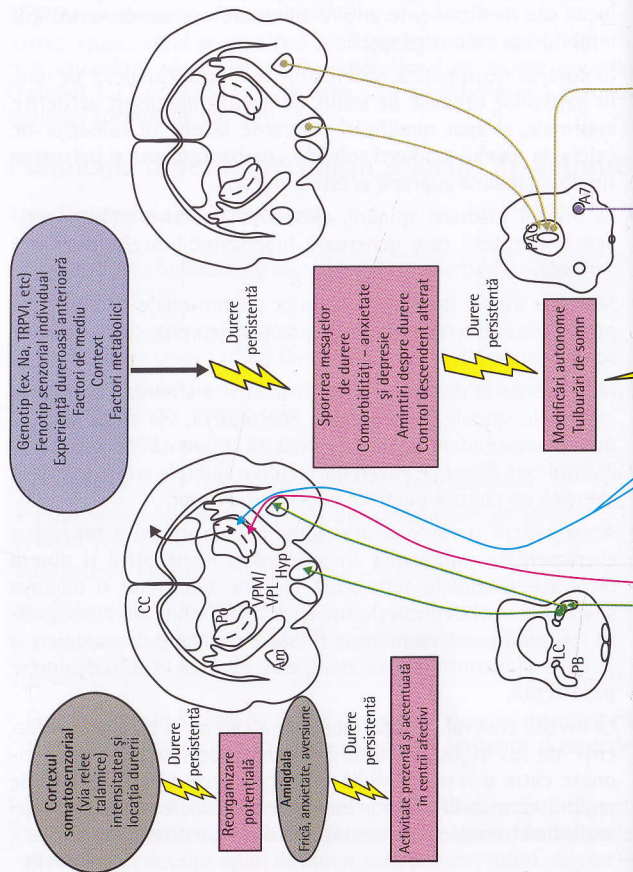
Imagistica durerii | Irene Tracey

➤ <http://www.paincommunitycentre.org/article/imaging-pain>

Timp necesar: 60 min.

- Cele două tipuri majore de durere persistentă: durerea neuropatică și cea inflamatorie, implică, ambele, procese periferice și centrale (**Figura 1.1**).
- Durerea lombară și durerea din cancer poate fi oricare tip de durere, sau, cel mai frecvent, o combinație a ambelor tipuri. Mecanismele periferice ale acestor tipuri de durere sunt diferite; totuși, sistemele de semnalizare la nivelul sistemului nervos central par a fi similare.

- În afecțiunile dureroase care sunt numite adesea 'idiopatice' sau 'disfuncționale', precum fibromialgia și sindromul colonului iritabil, mecanismele care stau la bază sunt, mai probabil centrale decât periferice.
- Senzorii durerii situați la periferie sunt, probabil, activați în mod continuu când țesutul este lezat, incluzând producția în curs de mediatori inflamatori – aceasta poate fi modulată de steroizi locali sau medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)/inhibitori ai ciclooxigenazei.
- În durerea neuropatică, schimbările la nivelul canalelor de ioni, în particular canalele de sodiu, generează impulsuri periferice anormale, și apar modificări marcante la nivelul canalelor de calciu, la nivelul măduvei spinării – carbamazepina și gabapentina/pregabalina suprimă aceste procese.
- La nivelul măduvei spinării, eliberarea de transmițători activează receptorii care generează hipersensibilitate/sensibilizare centrală.
- Mesajele trimise la părțile senzoriale și emoționale ale creierului produc frecvent comorbidități, precum depresia, tulburările de somn și anxietatea.
- Mesajele de la creier pot coborî, pentru a stimula/inhiba mecanismele spinale de procesare nociceptivă, via sistemul modulator descendent al durerii: această influență 'de sus în jos' controlează direct ce intrări nociceptive ajung la creier, și, astfel, exercită un control puternic în percepția durerii.
- Acest sistem permite o interacțiune crucială între senzori și evenimentele psihologice în procesarea nociceptivă și durerii rezultate. Opioidul acționează în zone din creier și măduva spinării, iar antidepressivele triciclice (ADT)/inhibitori ai recaptării serotoninei-norepinefrinei (IRSN) au acțiuni de modulare a putericii control descendent, care eșuează în stări de durere persistentă.
- La nivelul creierului, după modularea extensivă a acestor influențe 'de sus în jos', impulsurile nociceptive sosite sunt direcționate către o rețea flexibilă bilaterală accesibilă și extinsă de regiuni care codifică caracteristicile principale ale experienței multidimensionale reprezentate de durere – de ex.:



Localizarea senzorială și intensitatea.

- o Senzația de dezagreabil și cea de amenințare/frică.
- o Atenția în luarea deciziilor.
- o Mișcarea și memoria.
- Dacă se schimbă starea curentă de spirit a pacientului, starea lui cognitivă, așteptările sau contextul de mediu, această rețea este accesată în mod flexibil, chiar și la aceleași stimulări nociceptive de la aria lezată a corpului, și produce o modificare a durerii resimțite.
- Durerea este o percepție foarte maleabilă, care poate fi intens modulată de rețelele cerebrale tot mai bine înțelese, datorită acestor factori variați.
- Diferiți agenți farmacologici care acționează la nivel central sunt recunoscuți, în măsură tot mai mare, ca având influență asupra circuitelor cerebrale, și este probabil ca terapia cognitiv-comportamentală să medieze efectele lor, prin modificarea acestor rețele dinamice.

Natura bio-psihologică a durerii

Justin Taylor

- Modelul bio-medical consideră că durerea are strict origine biologică, se explică doar în termeni medicali și a fost utilizată, în mod tradițional, ca bază a diagnosticului medical și a managementului.
- Modelul bio-medical confirmă că problemele mentale sau emoționale pot fi rezultatul final al durerii persistente, însă consideră că durerea în sine are origine biologică.
- Abordările medicale constituie singurul tratament de succes al durerii persistente, conform modelului bio-medical.
- Durerea persistentă și dizabilitatea nu pot fi explicate doar prin termeni de boală fizică, deoarece leziunile structurale care stau la baza durerii nu pot fi identificate întotdeauna.
- Modelul bio-medical a eșuat, de asemenea, în explicarea motivului pentru care persoane diferite, cu același tip de leziuni sau afecțiuni fizice, răspund atât de diferit.
- Pentru o mai bună înțelegere a durerii, ar trebui luați în considerare factori biologici, psihologici și sociali:
 - o Factorii 'psihologici' sunt reprezentați de aspecte mentale, emoționale și comportamentale determinate de durere.

- o Factorii 'sociali' sunt reprezentați de interacțiuni cu alte persoane.
- În conformitate cu modelul bio-psiho-social, este imposibilă înțelegerea deplină a problematicei durerii utilizând doar concepte fizice sau medicale, corpul și psihicul aflându-se într-o legătură inextricabilă.
- O cale negativă, în care aceste elemente (pag.120) de multe ori se suprapun, constă în crearea unui cerc vicios al durerii – de ex.:
 - o Senzațiile dureroase (senzorial) duc adesea la diminuarea activității fizice (acțiuni).
 - o Diminuarea activității fizice poate duce la sentimente de deprimare (emoțional) și la scăderea stimei de sine (mental).
 - o Depresia poate duce la scăderea motivației și chiar la diminuarea activității (acțiuni).
 - o Diminuarea activității, însoțită de izolarea socială (social), duce la intensificarea depresiei, persoana devine preocupată de gânduri negative (mental) și conștientizează mai intens durerea.
- Deși clinicienii nu pot controla întotdeauna senzațiile de durere și reacțiile emoționale negative, ei pot ținti, cu succes, modul în care pacientul gândește și acționează – aceasta este baza multor terapii conversaționale.

Factori de risc ai durerii persistente

Blair H. Smith

- Factorii de risc ai durerii persistente includ boli și proceduri terapeutice specifice legate de durere (de ex. diabet, artrită, dureri de spate și proceduri chirurgicale).
- Factorii de risc independenți sociodemografici ai durerii persistente includ vârsta înaintată, genul feminin, ocupațiile manuale, nivelul scăzut de educație și privațiunea socială.
- Factorii de risc psihosociali includ anxietatea, depresia, pacienți cu multiple simptome psihice și, în mod particular, atitudinea privind prezentarea la medic.
- Cel mai mare risc este reprezentat de durerea în sine, fie că este vorba de un episod de durere acută, fie de antecedente de durere persistentă – cea mai mare parte dintre persoanele cu durere persistentă vor avea durere cu mai multe localizări.