

# Abordarea terapeutică multidisciplinară a durerii

Conf. Univ. Dr. Mariana FLORIA, medic rezident cardiologie Ioana CEOMÎRTAN-NEGRU

## I. Definiția și clasificarea durerii

Durerea este definită, conform Asociației Internaționale pentru Studiul Durerii - IASP), ca "o experiență senzorială și emoțională neplăcută, determinată sau relaționată cu leziuni tisulare reale sau potențiale sau descrisă în termeni ce se referă la aceste leziuni", fiind împărțită în forma cronică (de etiologie variată, cu durată de peste 3 luni) și forma acută (cu etiologie frecvent cunoscută). Durerea constituie o cauză importantă de morbiditate în populația generală cu consecințe invalidante, scăderea calității vieții și un impact economic major cel puțin prin costurile asociate îngrijirilor medicale și prin scăderea capacității de muncă a pacientului cu durere cronică. O altă clasificare împarte durerea în periferică (având originea în structurile dotate cu nociceptori), neurogenă (cu originea în structurile nervoase) și psihogenă (**Tabel 1**).

**TABEL 1. Clasificarea durerii**

Clasificarea durerii		
<b>Periferică</b>	Somatică	Superficială-tegument Profundă- oase, mușchi, articulații
	Viscerală	Organe
	Neurogenă	Periferică
	Centrală	Talamică
<b>Psihogenă</b>	Imaginară	Afectează calitatea vieții

**Durerea acută** reprezintă cea mai frecventă cauză de prezentare în serviciile de urgență. Fie că este rezultatul unor afecțiuni din spectrul medicinei interne (infarctul miocardic acut, pancreatita acută), de cauză chirurgicală sau datorată unor evenimente traumatologice, așteptările pacientului sunt întotdeauna îndreptate spre un tratament rapid, eficient și cu un minim de efecte adverse. Se menționează chiar o încadrare a durerii în seria de parametri vitali ce trebuie evaluați la primul contact cu pacientul, alături de tensiunea arterială, frecvența cardiacă, frecvența respiratorie și temperatură.

**Durerea cronică** poate apărea ca urmare a neoplaziilor, a sindroamelor psihiatrice sau poate fi rezultatul neuropatiei cronice postoperatorii ce persistă luni/ani și pune probleme în reluarea activității individului implicând totodată și costuri mari pe termen lung.

În afara definiției, durerea contribuie la starea de disconfort profund printr-o suită de manifestări neuro-cognitive și sistemice, unele cu consecințe nefaste precum:

- anxietate, insomnie, scăderea capacității decizionale și de cogniție

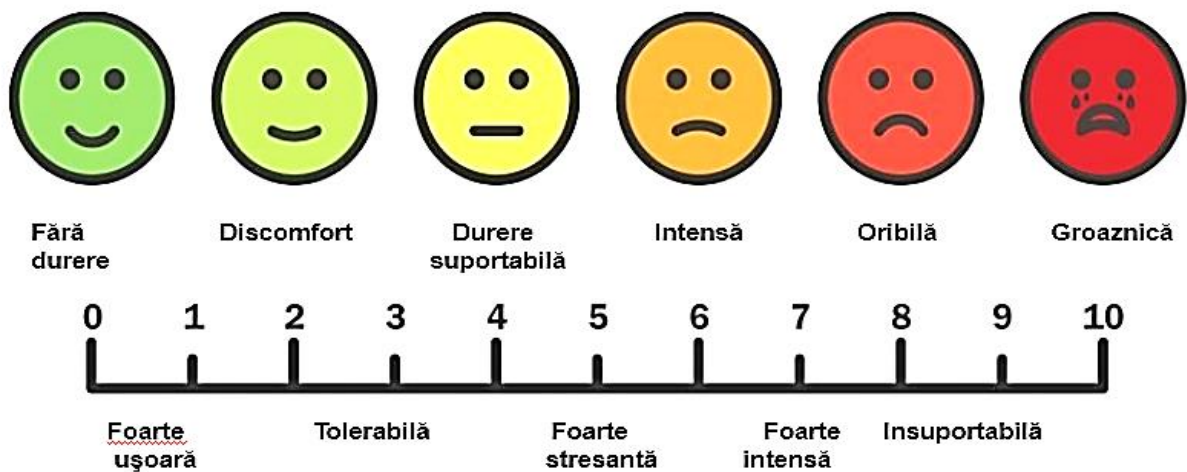
- perturbări în memoria de scurtă durată
- afectare respiratorie (tahipnee, pneumonie, atelectazie, scăderea parametrilor ventilatori)
- afectare cardiovasculară (tahicardie, HTA, aritmii, ischemie coronariană)
- afectare gastrointestinală (greață și vărsături, ileus paralytic, imposibilitatea alimentării p.o)
- manifestări urinare (oligurie și retenție urinară)
- manifestări endocrine, imunologice și metabolice (mai severe la pacientul diabetic)

## II. Managementul multidisciplinar al durerii

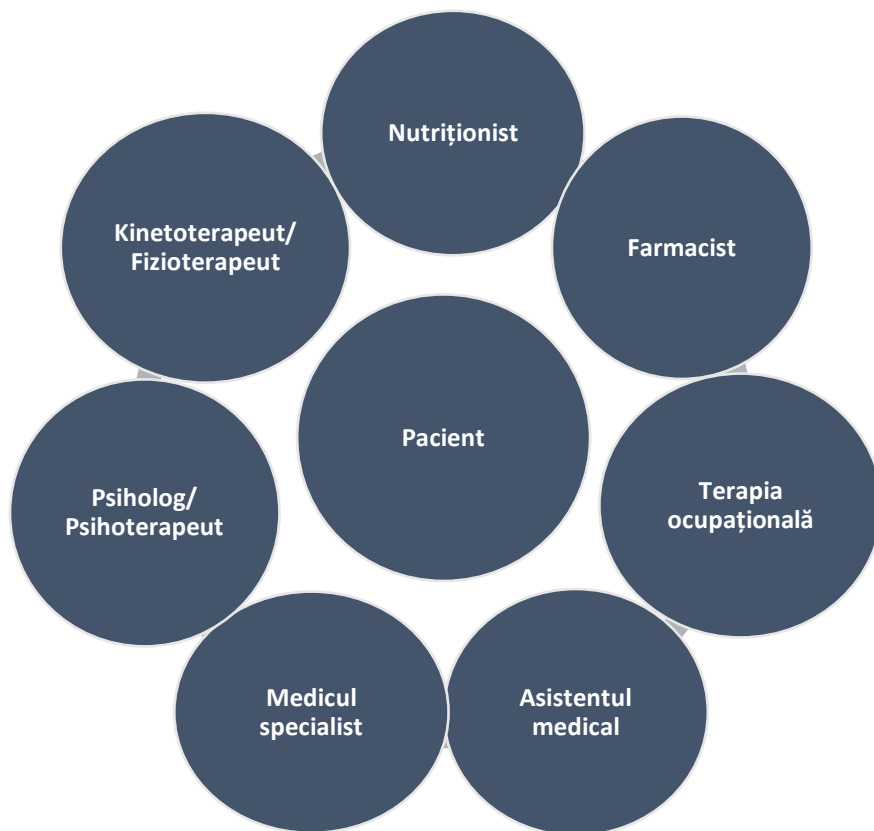
Existența unui serviciu de tratament al durerii acute (STDA) este un deziderat important atât în cadrul secțiilor care se ocupă de pacientul acut, cât și în serviciile care se adresează pacienților cu afecțiuni cronice, și impune existența unei echipe multidisciplinare (**Figura 2**), aflate în dialog permanent și având un scop unic: diminuarea suferinței inutile, cauzatoare de complicații, prelungirea spitalizării și costuri suplimentare pe termen lung. Aceste servicii își ghidează terapia în primul rând prin asigurarea unei analgezii continue, în condiții de siguranță, care să asigure o valoare de maxim 3 pe scala analogă vizuală (SAV; **Figura 1**) și evitarea unui regim de tip "fierăstrău", cu diminuarea intermitentă a efectului analgetic și repetarea dozelor la reparația durerii. O serie de aspecte trebuie avute în vedere în momentul formării unui STDA (**Tabelul 2**).

**TABEL 2. Algoritmul formării unui serviciu de tratament al durerii acute (STDA)**

SCOP	FUNCȚIONALITATE	EDUCAȚIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>tratament optim al durerii acute</i></li> <li>• <i>tratament individualizat în funcție de pacient și de tipul durerii</i></li> <li>• <i>tratament imediat al complicațiilor</i></li> <li>• <i>evaluarea regulată a intensității durerii (în acest sens, o scală analogă vizuală (SAV) de la 1-10 oferă o imagine asupra severității durerii, evoluției și eficienței metodelor de tratament)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>echipă multidisciplinară educată pentru tratamentul durerii și al complicațiilor acesteia</i></li> <li>• <i>servicii situate în proximitatea secțiilor chirurgicale, de medicină internă</i></li> <li>• <i>dotare adecvată</i></li> <li>• <i>servicii prezente în orice moment (24/24 ore, 7/7 zile)</i></li> <li>• <i>vizite zilnice și la cererea personalului de îngrijire</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>cursuri periodice și testarea personalului</i></li> <li>• <i>crearea de protocoale pentru uniformizarea cunoștințelor</i></li> <li>• <i>sistem comun de înregistrare a cazurilor și complicațiilor</i></li> <li>• <i>participarea la discuții periodice pentru prezentarea cazuisticii și a datelor statistice</i></li> <li>• <i>educarea și implicarea activă a pacientului</i></li> </ul>



**FIGURA 1. Scala analogă vizuală a durerii**



**FIGURA 2. Echipa multidisciplinară implicată în tratamentul durerii**

### III. Implicarea pacientului în tratamentul durerii cronice

Integrarea pacientului în așa-zisa echipă multidisciplinară de control a durerii este un element cheie pentru reușita tratamentului. Pacientul este responsabilizat și motivat să depășească obstacolele care intervin în atingerea țintei terapeutice. Empatia medicului este obligatorie, iar comunicarea consolidează relația de colaborare dintre cei doi, și ulterior cu ceilalți membri (asistente, kinezoterapeuți și personalul asociat). Pacientului i se vor oferi opțiuni, i se va permite să aleagă și va trebui informat asupra efectelor adverse și a limitărilor pe care le are terapia aleasă. Toate acestea îmbunătățesc autonomia și ameliorează calitatea vieții.

În cazul durerii acute, implicarea se va realiza cu dificultate, disponibilitatea pacientului fiind redusă dar mult mai compliant. În contrast, pacientul suferind cronic va fi mai necompliant, iritabil și va participa cu greu la actul terapeutic.

Un alt mod de implicare a pacientului este terapia de tip PCA (*patient controlled analgesia*) care oferă pacientului posibilitatea de a-și administra doza de analgezic pe care o consideră necesară, în limite de siguranță terapeutică, metodă care a reușit să reducă utilizarea opioidelor, a efectelor adverse și a crescut calitatea vieții indivizilor.

### IV. Farmacoterapia durerii. Principalii agenți terapeutici

ANESTEZICE		ANALGEZICE PROPRIU-ZISE		CO- ANALGEZICE	PARA- ANALGEZICE
<i>Generale</i>	<i>Locale</i>	<i>Opioide</i>	<i>Non-opioide</i>	ADT, neuroleptice, anticonvulsivante, miorelaxante, spasmolitice,	<i>Corticoizi</i> (durerea inflamatorie) <i>Nitriți</i> (dureri anginoase)
Inhalatorii	infiltrații	naturale	Inhibitori de COX1/2	miorelaxante, spasmolitice,	<i>Nitriți</i> (dureri anginoase)
Intravenoase	intravenoase	semisintetice	$\alpha 2$ agoniști	metoclopramid, canabinoizi,	<i>Antiacide</i> (durerea ulceroasă)
Intrarectale	intrarahidiene	sintetice	Agoniști serotonină	agoniști GABA, capsaicina	<i>Acetazolamidă</i> (durerea din glaucom)
Epidurale	epidurale		Antagonisti receptori NDMA		

**TABELUL 3. Principalii agenți terapeutici cu potențial analgezic.** ADT: antidepressive triciclice, COX1: ciclooxygenază 1, GABA: acidul gamma-aminobutiric, NDMA: N-metil-D-aspartat.

## 1. Antiinflamatoriile nesteroidiene

- ✓ posedă acțiune antiinflamatoare, analgetică și antipiretică
- ✓ cu excepția celor COX-2 selective, antiinflamatorii nesteroidiene (AINS) posedă și acțiune antiagregantă
- ✓ inhibă activitatea COX-1 și COX-2 (neselective) sau doar a COX-2 (selective)
- ✓ *oarecum selective pe COX-1* sunt: naproxenul și indometacinul
- ✓ *selective majoritar pe COX-2* sunt: meloxicam, piroxicam și acidul mefenamic
- ✓ *specifice COX-2* sunt: celecoxib și rofecoxib
- ✓ COX-1 este exprimată constitutiv la nivel gastrointestinal, iar antagonizarea sa va scădea concentrația de prostaglandine citoprotectoare și va determina ulcer AINS-indus
- ✓ inhibiția COX-1 generează și scăderea ratei de filtrare glomerulară
- ✓ hepatotoxicitatea, capacitatea de a induce aritmii și de a decompensa insuficiența cardiacă este asociată ambelor tipuri de preparate.
- ✓ AINS determină retenție hidro-salină datorită inhibiției COX-2

## 2. Canabinoizii

Sunt clasificați în fitocanabinoizi, canabinoizi (CB) sintetici și endocanabinoizi

- *fitocanabinoizii* sunt reprezentăți de THC ( $\delta$ -9-tetrahidrocanabinol) fiind sintetizați din planta de *Cannabis sativa*
- *canabinoizii sintetici* sunt substanțe derivate din THC de origine sintetică
- *endocanabinoizii* sunt compuși de origine endogenă cu funcționalitate la nivel imun și SNC

Există două grupe de receptori: CB1 (responsabili de modificarea apetitului, relaxarea musculară și implicarea memoriei) și receptorii CB2 (implicați în algogeneză, modularea inflamației și a sistemului imun).

Nabilona este un analog sintetic de THC aprobat pentru combaterea efectelor digestive post-chimioterapie.

Nabiximolul este utilizat pentru ameliorarea durerii neuropatice și a spasticității asociate sclerozei multiple.

În România nu există derivate de canabinoizi aprobate pentru controlul durerii.

## 3. Opioizii

Permit căi variate de administrare.

- ✓ **Calea orală:** absorbție bună dar biodisponibilitate redusă, secundară efectului de prim pasaj hepatic; permite administrarea preparatelor cu durată scurtă/lungă de acțiune, fiind calea preferată.

- ✓ **Calea transdermică:** eliberare constantă, prelungită, fără fluctuații în concentrația circulantă, metodă neinvazivă, acceptabilă la pacienții cu administrare orală dificilă; se recomandă administrarea sub această formă a fentanylului și buprenorfinei (deoarece sunt lipofile), nu și a morfinei (care este hidrofilă); se contraindică încălzirea, aplicarea pe pielea lezată, utilizarea dispozitivelor electrice.
- ✓ **Calea rectală:** alternativă administrării per os.
- ✓ **Calea sublinguală:** se recomandă administrarea sub această formă a fentanylului și buprenorfinei; se obține o biodisponibilitate mai mare decât în cazul administrării orale și o acțiune promptă, spre deosebire de morfină care poate genera pe aceasă cale intoxicații acute.
- ✓ **Calea intramusculară:** rar utilizată.
- ✓ **Calea intravenoasă:** utilizată în durerea acută.
- ✓ **Calea subcutanată:** sub forma terapiei PCA, reprezentând o pompă controlată de pacient care eliberează doze standard de opioid, în condiții de siguranță, fiind setată și o perioadă de inactivitate când nu se eliberează medicamentul pentru a combate riscul de supradoză.

**Distribuția:** morfina are o legare redusă de proteinele plasmatică, față de componentele lipofile care se leagă în proporție de 80-90%; morfina rămâne mult timp extravascular, în timp ce moleculele lipofile se acumulează în masa adipoasă și SNC.

**Metabolizarea** se realizează într-o proporție mare în situsul hepatic sub forma efectului de prim pasaj, cu conversia la forme hidrofile și **eliminarea renală**.

Derivații opioizi sunt utilizați în tratamentul durerii acute și cronice, neoplazice sau non-neoplazice, fiind incluși în treapta a 2-a și a 3-a de analgezie OMS.

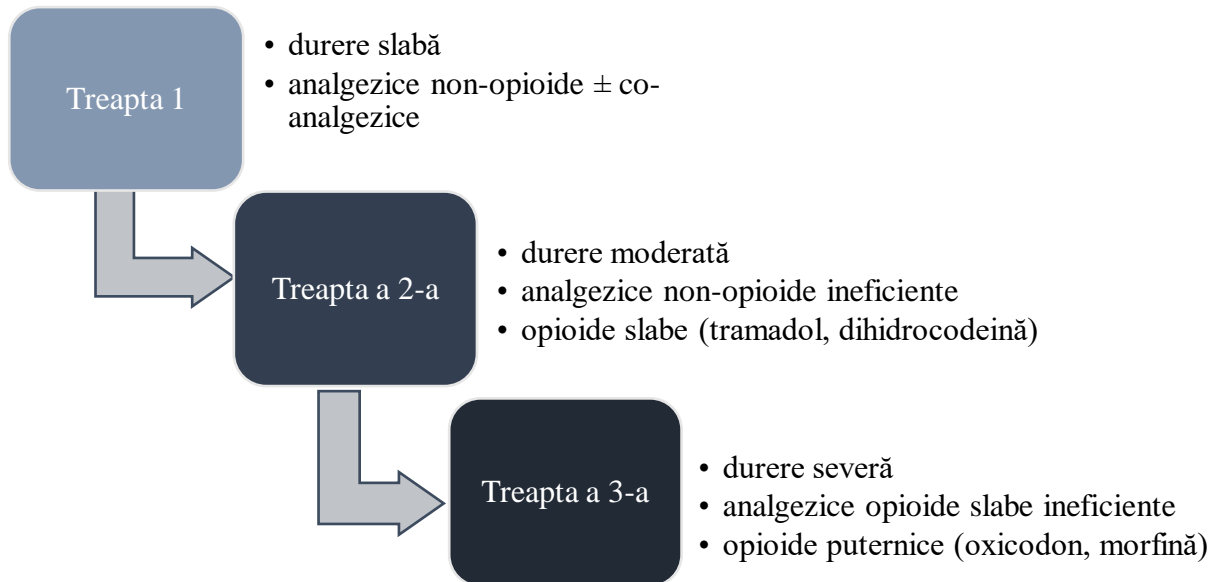
Dacă durata tratamentului depășește 5 zile există riscul instalării toleranței și a sindromului de abținere o dată cu discontinuarea terapiei; se recomandă reducerea progresivă a dozei.

În cazul durerii neoplazice trebuie avute în vedere 3 aspecte:

- *titration* - creșterea treptată a dozelor
- *tailoring* - individualizarea duratei terapiei în funcție de caz
- *transitioning* - reducere progresivă a dozelor înainte de întreruperea administrării opioidelor.

- ✓ **Efectele adverse** sunt reprezentate de: greață, uscăciunea gurii, transpirații, retenție acută de urină, sedare, constipație, delir, confuzie și depresie respiratorie, uneori adicție.

### *Scara OMS a analgeziei cuprinde următoarele trepte:*



#### **4. Terapia non-farmacologică a durerii**

- ✓ este efectuată la recomandarea specialistului de medicină fizică și reabilitare
- ✓ cuprinde metode precum electroterapia, crioterapia, masajul, termoterapia și exercițiul fizic
- ✓ asociază terapia cognitiv-comportamentală
- ✓ pot fi utilizate și metode invazive precum acupunctura, stimularea electrică a măduvei spinării
- ✓ are rolul de a reduce necesarul de medicamente analgezice și de a accelera recuperarea pacienților

#### **V. Managementul durerii: considerații medicale, legale și etice**

Eșecul inexplicabil al tratării durerii este o încălcare non-etică a drepturilor umane. În același timp, cum managementul durerii a fost declarat un drept uman, medicii din comunitatea care se ocupă de îngrijirile paliative din întreaga lume, au statuat-o în declarații și recomandări internaționale ca un drept fundamental.

Declarația Montreal asupra Drepturilor Umane din Esențialul în Medicină din 2005, a legat dreptul internațional la sănătate de accesul universal la medicație a Organizației Mondiale a Sănătății. Această declarație prezentată în noiembrie 2005 Comisiei Drepturilor Umane de la Geneva, are o relevanță clară în managementul durerii, mai ales în privința accesului și permisiilor la opioide. Dreptul la managementul durerii are o fundamentare multidimensională la nivel

internațional (dreptul la sănătate în legea internațională a drepturilor omului), național (drept constituțional în multe țări) și personal (legea neglijenței). În termeni de management a durerii, toate cele 4 principii ale bioeticii (autonomia, binefacerea, a nu face rău și virtutea) au legături în domeniul legal. Primele responsabilități ale medicilor față de pacienți nu sunt de ordin legal ci etic. În jurisprudența modernă, datoria unui medic față de pacient nu necesită un limbaj etic nou, doar o simplă extindere a principiului universal și general pe care legea o aplică tuturor părților aflate în proximitate una față de alta.

Principiul bioetic al binefacerii, de a acționa în scopul binelui pacientului, și cel învecinat al evitării neglijenței derivă din același izvor nesecat: medicul are datoria față de pacient de a acționa cu bună credință și pacientul are dreptul de a se aștepta din partea doctorului să acționeze întotdeauna cu bună credință. Calmarea durerii nu este întotdeauna o problemă de binefacere și face parte, deasemenea, din datoria de a preveni răul. Principiul de a nu face rău interzice provocarea suferinței. Eșecul inexplicabil de acționa este o neglijență sub semnul întrebării, o încălcare a drepturilor omului și o greșeală profesională.

Scopul principiului bioetic al autonomiei este larg. Include dreptul pacientului de a fi informat asupra tuturor aspectelor bolii și terapiei și permite acestora să ia decizii, în urma informării, asupra îngrijirii sale. Mai include datoria medicului de a asculta plângerile pacientului despre durere, de a face un efort rezonabil pentru ameliorarea durerii, și de a permite prin autonomia pacientului de a autodetermina îngrijirea medicală. De partea cealaltă, eșecul de a asculta plângerile pacientului și de a face eforturi rezonabile pentru a ameliora durerea, poate fi considerată din punct de vedere legal neglijență. De aceea, atât legea cât și profesia medicală oferă un fundament etic puternic pentru o politică coerentă a managementului durerii, ca un drept al tuturor pacienților.

### **Bibliografie selectivă**

1. <https://www.prohealth.com/library/what-the-pain-scale-really-means-34982>
2. <https://www.verywellhealth.com/best-antiinflammatormedication/>
3. Mungiu O. Terapia durerii. Ediția a treia. Editura ETNA, 2018
4. Tanase DM, Ouatu A, Baroi LG, Floria M. Pain: Medical, Ethical, and Legal Considerations. Proceedings of The XIIIth National Conference on Bioethics with international participation. Pag. 238-242. ISBN 978-88-85813-58-8.