ABORDATGE DEL DOLOR CRÒNIC NO ONCOLÒGIC

Març de 2016

CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Autors

Carme Batet	Consorci Sanitari Integral
Sara Bonet	Institut Català de la Salut
Lidia de Prado	Hospital de Martorell
Esther Limón	EAP Mataró 7
Rosa Madridejos	Mútua de Terrassa
Víctor Mayoral	Hospital Universitari de Bellvitge
Lluïsa Opisso	Hospital de Mataró
Miguel Ángel Pozo	UGAP Caldes-Palau
Daniel Samper	Hospital U. Germans Trias i Pujol
Joaquim San José	EAP Gràcia - Merinals Sabadell
Gala Serrano	Institut Català d'Oncologia (Bellvitge)
Dolors Sintes	Badalona Serveis Assistencials
Marta Val	Institut Català d'Oncologia (Bellvitge)
M. Antònia Gelabert	Regió Sanitària Barcelona (CatSalut)
Jordi Peláez	Regió Sanitària Barcelona (CatSalut)
M. Eugènia Rey	Regió Sanitària Barcelona (CatSalut)
Mercè Rodríguez	Regió Sanitària Barcelona (CatSalut)
Lourdes Tamarit	Regió Sanitària Barcelona (CatSalut)

Direcció del projecte i edició

Lourdes Tamarit

Revisió lingüística

Maria Weisz

Secretaria

Pilar Caballeria

Direcció de Farmàcia de la Regió Sanitària Barcelona

M. Antònia Gelabert
Jordi Peláez
M. Eugènia Rey
Corinne Zara

Índex

1. INTRODUCCIÓ 3
2. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL / ALGORITME DIAGNÒSTIC 4
2.1. Dolor agut i dolor crònic 4
2.2. Tipus de dolor crònic 4
2.3. Com diagnosticar els diferents tipus de dolor crònic 6
3. TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC NO ONCOLÒGIC 7
3.1. Objectius del tractament 7
3.2. Tractament no farmacològic[5,6] 7
3.3. Tractament farmacològic 10
4. CRITERIS DE DERIVACIÓ I COORDINACIÓ 29
4.1. Criteris de derivació 29
4.2. Coordinació i consultes 30
5. FORMACIÓ EN EL DOLOR A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA 31
6. IMPLEMENTACIÓ EN EL TERRITORI 33
7. BIBLIOGRAFIA 34
8. ANNEXOS 37

1. INTRODUCCIÓ

El dolor és un símptoma d'alta prevalença que afecta la qualitat de vida dels pacients que el pateixen. Segons l'enquesta de salut de Catalunya del 2014[1], el 31% de la població major de 15 anys pateix algun tipus de dolor (23,9% dels homes i el 37,8% de les dones). Aquest percentatge augmenta amb l'edat.

Pel que fa al dolor crònic, definit com a dolor d'una durada superior a tres mesos, la iniciativa "Pain Proposal" registra una prevalença en la població espanyola del 17%, xifra una mica inferior a la mitjana europea que és del 19%. A més, sorprenentment, els que pateixen dolor crònic declaren haver esperat 1,6 anys fins a rebre un tractament adequat i el 21% es veu incapaç de treballar a causa de la severitat del seu dolor[2].

Aquesta elevada prevalença ve acompanyada d'un increment dels recursos terapèutics relacionats amb el tractament del dolor. Així mateix, els costos associats, tant econòmics com socials, directes i indirectes, són molt elevats. A Catalunya les dades apunten a una despesa anual del 2,8% del PIB[2].

Atès que la majoria dels pacients són atesos a l'atenció primària i només una part accedeix als serveis especialitzats del dolor, és molt important que els metges i les metgesses de família disposin dels recursos necessaris per al maneig correcte dels pacients amb dolor crònic, i també que tinguin la facilitat per accedir als serveis especialitzats quan sigui necessari.

Les societats científiques coincideixen en la necessitat de millorar el maneig del dolor des de l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema sanitari; millora que passa per optimitzar aspectes, entre d'altres, com fer un diagnòstic acurat i una valoració adequada dels diferents tipus de dolor, la coordinació entre nivells, procediments àgils de derivació, abordatge terapèutic individualitzat, no farmacològic i farmacològic, i la formació dels professionals i dels pacients.

En aquest sentit, es proposa a l'Àmbit Metropolità de la Regió Sanitària Barcelona elaborar unes recomanacions bàsiques sobre l'abordatge del dolor crònic no oncològic com a punt de partida per al seu desenvolupament a nivell de cada territori.

L'objectiu d'aquestes recomanacions és disposar d'un document marc per a un maneig més eficaç i eficient del dolor crònic no oncològic en els diferents territoris, a fi de millorar els resultats clínics i la qualitat de vida dels pacients. Les recomanacions han de ser d'especial interès per a tots els professionals sanitaris implicats en l'avaluació i el tractament dels pacients, per al personal cuidador i per als pacients.

2. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL / ALGORITME DIAGNÒSTIC

2.1. Dolor agut i dolor crònic

A diferència del dolor agut, entès com un signe d'alarma i reacció del cos davant d'una agressió, en el dolor crònic no sempre trobem una causa òbvia que l'expliqui en tota la seva magnitud. El dolor, en aquest cas, és un dels símptomes d'un terme més ampli que és el patiment, on aspectes psicològics i socials juguen un paper molt important. Si sols utilitzem termes temporals, es pot dir que el dolor crònic és aquell que té una durada de més de 3 mesos.

Diferències entre dolor agut i crònic

	AGUT	CRÒNIC
Durada	Hores a dies	Mesos (> 3)/anys
Patologia associada	Present	No sempre
Pronòstic	Previsible	Imprevisible
Problemes associats	Poc comú	Depressió, ansietat
Sistema nerviós autònom	Present	Absent
Tractament	Analgèsics	Multimodal

Font: Elaboració pròpia.

2.2. Tipus de dolor crònic

La classificació neurofisiològica del dolor, basada en els seus mecanismes d'inferència, és la més utilitzada en l'actualitat. Aquesta divideix el dolor en dos grans grups (nociceptiu i neuropàtic). Aquesta divisió té molta importància perquè clarifica l'abordatge diagnòstic i terapèutic, tenint en compte que el perfil de resposta dels diferents fàrmacs i tractaments no farmacològics és ben diferent per a cada tipus de dolor. Tanmateix, molts quadres es consideren mixtes, nociceptius-neuropàtics, atès que comparteixen característiques de cada grup:

- **Nociceptiu**

  És el provocat per les lesions tissulars. Pot ser **visceral** si afecta òrgans, i **somàtic** si afecta estructures musculoesquelètiques o cutànies.
  Són exemples de dolor nociceptiu el dolor per fractures, traumatismes, artrosi o el dolor postoperatori.

- **Neuropàtic**

  El dolor neuropàtic és el provocat per una lesió del sistema nerviós, ja sigui central o perifèric. És un dolor desproporcionat respecte la lesió que el va provocar. Els mecanismes d'aquest dolor són múltiples i afecten tant les vies de transmissió com les d'inhibició del dolor.
  Exemples de **dolor neuropàtic perifèric** són: la neuràlgia postherpètica, la neuropatia diabètica, la neuràlgia del trigemin, el dolor del membre fantasma i el dolor cicatricial postcirurgia.
  Exemples de **dolor neuropàtic central** són: el dolor posterior a un accident vascular cerebral (AVC), el dolor posterior a una lesió medul·lar.

- **Mixt**

  El dolor mixt és aquell que té característiques de dolor nociceptiu i neuropàtic al mateix temps.
  Exemples de dolor mixt són: el dolor oncològic, el dolor de la lumbàlgia o cervicàlgia amb irradiació a les extremitats.

Altres classificacions del dolor fan referència a característiques de la pròpia patologia de base (oncològic o no oncològic), a la localització (lumbar, cefalea, perineal, etc.), a l'etiologia o al patró temporal (continu, intermitent o irruptiu).

Segons l'etiologia, el dolor crònic presenta un origen no oncològic en més del 90% dels pacients:

− El 70% és musculoesquelètic.
− El 10-20% és neurològic-neuropàtic.
− El 2% és dolor visceral o altres.

− En el 8% dels pacients el dolor és d'origen oncològic.

Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya del Departament de Salut, desembre 2010[3].

2.3. Com diagnosticar els diferents tipus de dolor crònic

No existeixen descriptors verbals únics per a cada tipus de dolor, però l'agrupament en escales multidimensionals d'alguns d'ells, juntament amb una correcta exploració neurològica, ens poden orientar cap al diagnòstic de dolor neuropàtic. Des del punt de vista pràctic, el dolor que no és neuropàtic es podria considerar nociceptiu, sempre d'acord amb el judici clínic, la malaltia de base i els instruments o tècniques d'ajuda al diagnòstic.

Aquestes escales multidimensionals i/o instruments de cribratge de dolor neuropàtic s'han adaptat amb èxit a la pràctica quotidiana per la seva facilitat d'ús, l'alta sensibilitat i l'especificitat que han demostrat. Les més utilitzades són:

- **DN4** (Annex I). Amb una sensibilitat i especificitat al voltant del 80%, inclou 10 preguntes (7 símptomes descrits pel pacient i 3 explorats pel facultatiu). Es considera positiu si la puntuació és ≥4. No permet valorar l'evolució del dolor perquè són variables dicotòmiques.
- **Pain-Detect** (Annex II). Escala que dóna un rang de 0 a 38 punts, amb un punt de tall per a la confirmació de la presència d'un component neuropàtic en 19 punts, té una sensibilitat del 75% i una especificitat del 68%. Una mica més llarga de completar, ofereix també més informació sobre l'evolució dels diferents descriptors de dolor així com del seu ritme i de la seva intensitat global.
- **Eina de detecció de dolor neuropàtic localitzat** (Annex III). Aquesta eina ofereix d'una manera estructurada la possibilitat de diagnosticar el dolor neuropàtic amb diferents graus de probabilitat. Els estudis de validesa s'han fet a Catalunya i ha estat ben valorada pels metges d'atenció primària.

Independentment de les escales utilitzades, l'enfocament terapèutic ha d'incorporar analgèsics d'utilitat per al dolor neuropàtic si és que aquest és present. Els fàrmacs clàssics en dolor nociceptiu com els AINE no tenen cap indicació ni utilitat quan aquest dolor neuropàtic és l'únic present i, a l'inrevés, fàrmacs de gran utilitat en dolor neuropàtic, com els antidepressius tricíclics o els gabapentinoides, són de molt poca utilitat en dolor nociceptiu on hi ha altres alternatives més eficaces.

Tant el dolor nociceptiu com el neuropàtic poden patir diferents graus de sensibilització central i beneficiar-se de fàrmacs amb conegut efecte antihiperalgèsic, que es tractaran més endavant a l'apartat de l'abordatge farmacològic.

3. TRACTAMENT DEL DOLOR CRÒNIC NO ONCOLÒGIC

3.1. Objectius del tractament

Els objectius han de ser realistes, no es pretén buscar la desaparició total del dolor, sinó la reducció d'aquest amb canvis en els aspectes psicològics i funcionals del dolor crònic i les seves discapacitats[4].

Recomanacions:

1. Individualitzar el tractament.
2. Negociar o pactar un pla de tractament amb el pacient, buscant l'equilibri entre alleugeriment del dolor, millora funcional i efectes adversos.
3. Utilitzar estratègies combinades d'abordatge del problema: tractament no farmacològic i farmacològic.
4. Seleccionar el tipus d'analgèsic en funció de la tipologia del dolor i de la seva intensitat.
5. Prioritzar la via d'administració oral.
6. Pautar l'analgèsia, no a demanda.
7. Incrementar la dosi en funció de la resposta.
8. Seleccionar l'estratègia de tractament segons la tipologia de pacient: fràgil, polimedicat, edat avançada i segons la seva comorbiditat: demència, insuficiència renal, insuficiència hepàtica, risc cardiovascular.
9. No oblidar i insistir en les mesures o abordatge preventiu (evitar: sedentarisme, obesitat).

3.2. Tractament no farmacològic[5,6]

INTERVENCIÓ PSICOEDUCATIVA

Té com a objectiu augmentar la qualitat de vida i millorar l'aprenentatge de conductes d'adaptació actives.
La intervenció psicoeducativa consisteix en una intervenció grupal i/o individual d'autoajuda no guiada (on es fa entrega de materials escrits) o guiada, amb entrevistes personals amb metge o infermera. S'ha demostrat que l'educació ajuda els pacients amb dolor crònic no oncològic a mantenir-se laboralment actius.
No només ensenya tècniques cognitives (distraccions, reestructuració cognitiva) sinó que promou canvis de comportament (activitat, relaxació) i estratègies per millorar l'afrontament del dolor, augmentar la funcionalitat i disminuir la percepció dolorosa.
Aquestes activitats, dutes a terme per un professional, també poden fer-se a casa. Acostumen a ser 8 -12 sessions.

INTERVENCIÓ FÍSICA I REHABILITADORA

▫ EXERCICI FÍSIC

S'ha demostrat que és eficaç en combinació amb la teràpia farmacològica i la psicoeducativa. Pot realitzar-se amb intervenció grupal o individual, però sempre adaptat a la situació física basal de cada pacient. Cal iniciar activitats de baixa intensitat individuals fins arribar a intervencions grupals estructurades. Cal que inclogui exercicis de columna, d'extremitats superiors i inferiors, higiene postural, relaxació i estiraments, adaptats a cada pacient. Per augmentar la capacitat cardiovascular i la resistència, cal realitzar exercici aeròbic regular (definit pel Col·legi Americà de Medicina de l'Esport, com l'equivalent a 150 minuts a la setmana que pot distribuir-se en 3 dies a la setmana o 30 minuts diaris 5 dies a la setmana). És convenient incorporar exercicis que augmentin la capacitat neuromotora (agilitat, equilibri i coordinació) per tal de reduir el risc de caigudes i assegurar el manteniment de la funció física.

L'exercici físic es pot treballar de maneres diferents, segons quin sigui el focus:

- **Flexibilitat**: Guanyar flexibilitat amb exercicis específics, millora la postura i genera més confort. De vegades són més adequats per a aquests pacients que no pas exercicis més aeròbics.
- **Resistència**: Per diferents motius, ja sigui pel procés dolorós o pels medicaments, els pacients poden patir una disminució de la força muscular (força, resistència. potència). Per tant, la recomanació de guanyar força muscular esdevé un objectiu terapèutic rellevant. Com a consell general, seria fer estiraments fins al punt de lleugera resistència.
- **Exercici aeròbic**: a més a més de l'efecte beneficiós en salut cardiovascular, millora el funcionament físic general. S'acostumen a preferir activitats de baix impacte (per no augmentar la tensió de les articulacions), amb un ritme adequat i respectuós amb la biomecànica del cos. Aquest tipus d'exercici millora més l'estat d'ànim i no tant la reducció de la percepció del dolor.

El ioga i el tai-txi incorporen aquests exercicis.

▫ TERÀPIA FÍSICA

- La neuroestimulació elèctrica transcutània (TENS) d'alta o baixa freqüència.
- L'acupuntura. Opció terapèutica per alleujar el dolor a curt termini en casos de lumbàlgia crònica i gonartrosi.
- La teràpia manual (mobilització, manipulació i massatge) pot emprar-se en casos de lumbàlgia i cervicàlgia crònica.
- La Iontoforesi (en dolor neuropàtic perifèric localitzat) és una tècnica que s'utilitza en medicina amb diferents finalitats, tant terapèutiques com diagnòstiques; s'inclou dins de l'electroteràpia (tractament de malalties mitjançant l'ús de l'electricitat).

Des de la perspectiva de la medicina física i rehabilitadora, hi ha una àmplia varietat d'objectius terapèutics. El tractament té un enfocament biopsicosocial. La valoració consta d'exploració funcional i articular (marxa, equilibri, resistència entre d'altres). La seva participació al procés terapèutic multidisciplinari aporta integralitat. Independentment del que a nivell individual necessiti cada pacient, les opcions terapèutiques poden consistir en una fisioteràpia activa i/o l'aplicació de modalitats passives, per intentar aconseguir una millora de l'analgèsia, la millora de la funció psicosocial i la reanudació/manteniment de la funcionalitat.

Es pot dir que les teràpies no farmacològiques són molt importants per al maneig integral dels diferents aspectes de les malalties que cursen amb dolor. Els pilars en el tractament no farmacològic són l'activitat física i l'educació del pacient, conjuntament amb les teràpies cognitivoconductuals, preferiblement combinant-les dins d'un programa de rehabilitació i amb la participació de diversos professionals[7].

Taula sobre teràpies no farmacològiques en malalties musculoesquelètiques a l'atenció primària[7] (modificada de Hurley MV, Bearne LM, 2008) [9]

	DCG	LC	OA	AR
Activitat física	+	+	+	+
Educació del pacient	+	+	+	+
Teràpia cognitiva conductual	+	+	+	+
Programa d'exercici	+	+	+	+
Teràpia de consciència corporal, tai-txi, txi Kung	+	X	+	+
Acupuntura	X	X	+[a]	X
TENS	+[b]	X[b]	+[a]	+[c]
Ultrasò	X	X	0[a]	+[c]
Termoteràpia	X	X		
Gel			+[a]	
Calor				+[c]
Manipulació	X	+	X	X
Mobilització	X	X	X	X
Tracció	X	0	X	X
Massatge	X	X	X	X

DCG: dolor crònic generalitzat; LC: lumbàlgia crònica (inespecífica). OA: artrosi/osteoartritis; AR: artritis reumatoide.
+, Efectes positius en el dolor i/o la funció física; 0, cap efecte; X: en conflicte o falta de proves.
TENS: estimulació nerviosa elèctrica transcutània.
a: artrosi de genoll.
b: efectes sobre el dolor localitzat.
c: mans.

3.3. Tractament farmacològic

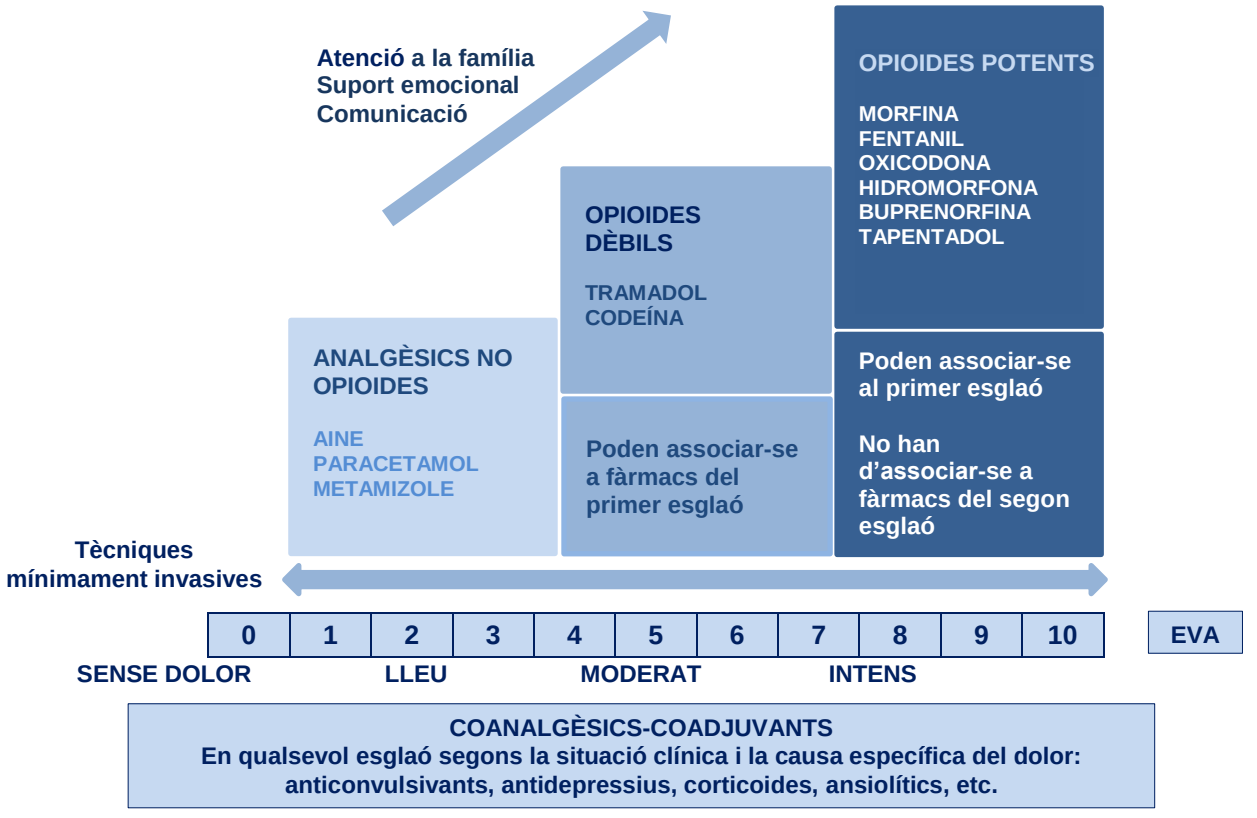
A l'hora d'abordar el tractament farmacològic del dolor crònic no oncològic (DCNO), cal tenir en compte les següents recomanacions generals:

- Els AINE i paracetamol poden ser útils per a la inflamació i nocicepció perifèrica.
- Els opioides són potents i eficaços en el tractament del dolor nociceptiu (somàtic/visceral) i només parcialment eficaços en l'alleujament del dolor neuropàtic.
- Davant la manca d'evidència sobre l'eficàcia i seguretat dels opioides a llarg termini, es recomana reavaluar als 3 mesos el tractament del DCNO amb opioides.
- Els antidepressius i els anticonvulsivants són de primera línia en el dolor neuropàtic.
- Els coanalgèsics i els coadjuvants són tractaments que s'utilitzen per millorar el control del dolor. Els coanalgèsics són aquells fàrmacs que encara que la seva principal indicació no és l'analgèsia, sí que tenen efecte analgèsic pel seu mecanisme d'acció secundari (corticoides, antidepressius, anticolvulsivants); en canvi, els coadjuvants son fàrmacs que no tenen efecte analgèsic però que contribueixen a millorar altres símptomes que acompanyen el dolor crònic (ansiolítics, laxants, hipnòtics, etc.)

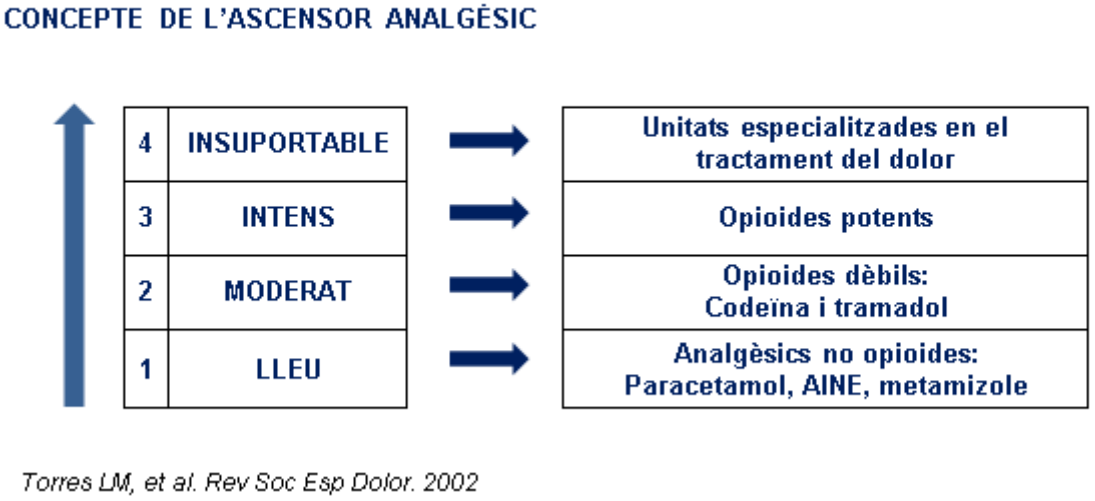
Escala analgèsica de l'OMS / ascensor terapèutic

L'escala analgèsica de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), publicada l'any 1986 i amb revisions els anys 1996 i 2006, segueix encara vigent i ha estat molt útil per orientar en el tractament del dolor. Cal tenir en compte que només es refereix al tractament del dolor nociceptiu i no al neuropàtic, ni als dolors agut i postoperatori. Segons l'escala, els analgèsics no opioides i els coanalgèsics-coadjuvants poden emprar-se en qualsevol esglaó i no s'han de barrejar opioides dèbils i potents[4].

ESCALA ANALGÈSICA DE L'OMS[7] (adaptada)

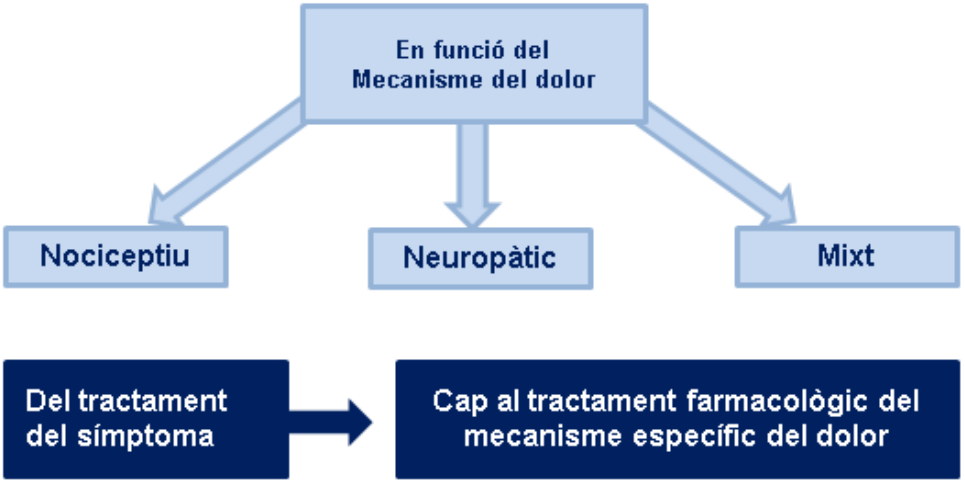


Aquesta escala ha estat discutida per la manca d'estudis controlats que en demostrin la validesa i per proposar tractaments segons la intensitat del dolor, en lloc de tenir en compte la fisiopatologia.
Posteriorment, en condicions determinades, es va proposar la teoria de l'ascensor analgèsic, més dinàmic, amb una avaluació i mesurament continus del dolor, per a determinar el millor tractament farmacològic, segons la qual s'ha de començar en l'esglaó que correspongui amb la intensitat del dolor sense haver de pujar l'escala. El concepte d'ascensor analgèsic simula que el pacient està dins d'un ascensor, el sòl del qual són els coanalgèsics-coadjuvants i disposa de 4 botons per prémer segons sigui el grau de dolor: lleu, moderat, intens o insuportable[8].
En el cas del dolor no oncològic, la tria del pis on s'ha de baixar ha de tenir també presents elements de seguretat i eficàcia, ja que els efectes secundaris poden esdevenir rellevants en pacients amb dolor d'origen no oncològic i tractament previst de llarga durada.



Torres LM, et al. Rev Soc Esp Dolor. 2002

Ambdós termes coexisteixen i poden ser utilitzats; la recomanació més adient és que en els pacients que necessitin una escalada terapèutica més ràpida, per les característiques del seu dolor, es pugui utilitzar l'ascensor terapèutic o un tractament o estratègia individualitzada, en relació amb el mecanisme etiopatogènic causant del dolor, i proporcional a la seva intensitat i impacte en el pacient que ho pateix[7].



TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NOCICEPTIU SOMÀTIC

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Rescat* AINE/Metamizole	Paracetamol + Tramadol Rescat* AINE/Metamizole	Opioides potents +/- Paracetamol Rescat* AINE/Metamizole

Font: Elaboració pròpia.

*Rescat: El tractament de rescat també es coneix com a tractament de les aguditzacions o de les crisis. El seu efecte és ràpid, i habitualment és utilitzat durant períodes curts de temps.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NOCICEPTIU VISCERAL

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Rescat* Metamizole(**) + /- coanalgèsic	Paracetamol + Tramadol Rescat* Metamizole (**)	Paracetamol + Opioide potent Rescat* Metamizole(**) + /- coanalgèsic (antidepressiu)

Font: Elaboració pròpia.

*Rescat: El tractament de rescat també es coneix com a tractament de les aguditzacions o de les crisis. El seu efecte és ràpid, i habitualment és utilitzat durant períodes curts de temps.

(**) En cas d'al·lèrgia a metamizole, substituir per un opioide dèbil.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR NEUROPÀTIC

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Amitriptilina + Rescat* Tramadol	Amitriptilina (2a. línia: Duloxetina) + /- anticonvulsivant (gabapentina, si manca resposta: pregabalina; En neuràlgia del trigemin: carbamazepina) +/- Tramadol +/- Tractament tòpic (***)	Amitriptilina (2a. línia: Duloxetina) +/- anticonvulsivant (gabapentina, i si manca de resposta: pregabalina; En neuràlgia del trigemin: carbamazepina) +/- Opioide potent +/- Tractament tòpic (***)

Font: Elaboració pròpia.

(***) La lidocaïna en pegats es podria considerar com a tractament en pacients amb dolor neuropàtic secundari a Herpes Zòster molt localitzat que no tolera o no hagi respost a la teràpia oral. La capsaïcina està indicada per al tractament del dolor neuropàtic perifèric en adults, només en combinació amb altres medicaments per al dolor.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC EN EL DOLOR MIXT

DOLOR CRÒNIC LLEU	DOLOR CRÒNIC MODERAT - GREU	DOLOR CRÒNIC INTENS
Paracetamol Corticoides Relaxants musculars + /- coanalgèsic (antidepressiu)	Paracetamol +/- coanalgèsic (antidepressiu tricíclic, anticonvulsivant) +/- tramadol +/- Tractament tòpic (***)	Paracetamol +/- coanalgèsic (antidepressiu tricíclic, anticonvulsivant) +/- opioide potent +/- Tractament tòpic (***)

Font: Elaboració pròpia.

(***) La lidocaïna en pegats es podria considerar com a tractament en pacients amb dolor neuropàtic secundari a Herpes Zòster molt localitzat que no tolera o no hagi respost a la teràpia oral. La capsaïcina està indicada per al tractament del dolor neuropàtic perifèric en adults, només en combinació amb altres medicaments per al dolor.

3.3.1 Analgèsics i coanalgèsics

A. Analgèsics no opioides

Les principals limitacions són el seu efecte sostre, arriba un moment en què s'augmenta la dosi però no augmenta l'analgèsia i, en canvi, augmenten els efectes adversos. Aquests són, juntament amb els analgèsics opioides, el pilar bàsic del tractament del dolor.

Paracetamol

Fàrmac analgèsic i antipirètic; és considerat actualment com el més segur dels fàrmacs per al tractament del dolor lleu-moderat i es considera el fàrmac d'elecció. Estudis recents qüestionen el paracetamol per al tractament de la lumbàlgia, si bé ofereix un efecte beneficiós mínim a curt termini en les persones amb artrosi. Aquests resultats podrien fer reconsiderar les recomanacions sobre l'ús de paracetamol en pacients amb lumbàlgia i artrosi de maluc o genoll en les guies de pràctica clínica[10].

- Posologia adults: oral 650-1.000 mg / 6-8 h; dosi màxima 4g/dia.
- Precaucions: Insuficiència renal i hepàtica. Ajustar dosis en edat avançada (no utilitzar més de 3g al dia de forma crònica).
- En insuficiència renal FG<50 ml/min o insuficiència hepàtica es recomana 500mg/6h com a màxim.
- Recomanacions: teratogenicitat: categoria B de la Food and Drug Administration (FDA), per la qual cosa és d'elecció en l'embaràs. No excedir la dosi de 3g/dia pel risc d'hepatotoxicitat. No s'ha d'ingerir alcohol mentre duri el tractament. En alcohòlics crònics no s'ha de superar la dosi de 2g/dia. L'antídot és l'N-acetilcisteïna que es pot administrar per via intravenosa o per via oral[11].

AINE

Tenen activitat analgèsica, antipirètica i antiinflamatòria. Són útils per al dolor lleu-moderat, principalment per al no visceral, com el dolor musculoesquelètic, dolor postoperatori, cefalea i dismenorrea.

- Cal utilitzar la dosi mínima eficaç i durant un curt període de temps (rescat).
- Precaucions i contraindicacions:
    - Els AINE poden produir importants efectes adversos, gastrointestinals, renals i cardiovasculars. En els últims anys s'han observat efectes trombogènics que poden augmentar el risc d'infart de miocardi o accident cerebrovascular[28].
    - No s'han d'administrar en pacients asmàtics o amb úlcera pèptica activa i s'ha de tenir precaució en pacients amb insuficiència cardíaca o hipertensió arterial per retenció hidrosalina.
    - Precaució també en insuficiència renal i hepàtica.
    - Ajustar dosis en edat avançada.
- Els AINE són un grup heterogeni de medicaments que comparteixen les seves accions terapèutiques, però es diferencien en la seva toxicitat. **Els AINE d'elecció serien l'ibuprofèn i naproxèn a dosis baixes, per presentar amb menor freqüència efectes secundaris a nivell gastrointestinal i cardiovascular respectivament, en relació amb la resta d'AINE**. En els darrers anys, l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS) ha publicat alertes de seguretat cardiovascular tant per als coxibs, com per a diclofenac, aceclofenac i per a ibuprofèn i dexibuprofèn a dosis altes[12].

- **Ibuprofèn**[11]
  - Indicat en el dolor agut lleu-moderat.
  - Dosi recomanada: 400/8h-600mg/8-12 h.
  - Dosi màxima: 2.400mg/dia.
  - En pacients amb patologia cardiovascular, s'evitarà l'administració d'ibuprofèn a dosis altes (2.400 mg diaris o superiors)[12].

- **Naproxèn**[11]
  - S'absorbeix bé per via oral i rectal.
  - Dosi recomanada: 500mg/12h (naproxèn base) o 550mg/12h (naproxèn sòdic).
  - Dosi màxima:1.500mg/dia
  - Major risc gastrointestinal que ibuprofèn i diclofenac.

- **Diclofenac**[11]
  - Potent analgèsic i antiinflamatori que s'absorbeix bé per via oral i rectal.
  - Dosi recomanada: 50 mg/8h via oral.
  - Dosi màxima: 150mg/dia
  - De la seva última avaluació benefici-risc, es conclouen unes restriccions d'ús en pacients amb malalties cardiovasculars greus i precaució en pacients amb factors de risc cardiovascular[12].

Recomanacions per reduir el risc gastrointestinal associat als AINE en funció del risc gastrointestinal (GI) i cardiovascular (CV) dels pacients[13]			
RISC GASTROINTESTINAL			
	Baix*	**Moderat***	**Elevat***
Risc CV baix	AINE menys ulcerogènic, dosis eficaç més baixa possible	AINE més IBP	AINE més IBP
Risc CV alt **	Naproxèn més IBP	Naproxèn més IBP	AINE contraindicat

*Risc GI: baix = absència de factors de risc, moderat = un o dos factors de risc, elevat = tres o més factors de risc, antecedent d'úlcera complicada o ús concomitant d'AAS o anticoagulants. Si hi ha antecedent d'úlcera s'ha de descartar infecció per H.Pylori i si hi és eradicar-lo.
**Risc CV alt: necessitat de profilaxis amb AAS a dosis baixes.
IBP: inhibidors de la bomba de protons.

Metamizole[11]

És un fàrmac analgèsic i antipirètic. Només s'hauria d'utilitzar com a tractament de rescat ja que no té la indicació per al tractament crònic. Pot ser útil com a espasmolític en el dolor visceral.

- Posologia: oral 575 mg / 6-8h.
- Precaucions: especial seguiment en insuficiència renal, cardíaca o asma. No s'ha d'utilitzar si hi ha història d'agranulocitosi, anèmia aplàstica o al·lèrgia a altres AINE.
- Interaccions: pot potenciar l'efecte dels anticoagulants orals i la toxicitat del metotrexat.
- Recomanacions: s'ha de tenir precaució en gent gran i en pacients amb tensió arterial baixa i malaltia hematològica.

B. Analgèsics opioides

Es poden classificar segons la seva afinitat, activitat intrínseca o potència.

Classificació dels opioides més habitualment emprats
• **Agonistes parcials:**   ○ **Potents: buprenorfina.**

• **Agonistes purs:**
  ○ **Dèbils: codeïna; tramadol.**
  ○ **Potents: morfina; fentanil; metadona; hidromorfona; oxicodona; tapentadol.**

Recomanacions en l'ús dels opioides

- L'eficàcia i seguretat dels opioides a llarg termini no està ben establerta en el maneig del DCNO. Per aquest motiu, es consideren tractaments de segona línia i s'haurien de fer servir només quan totes les mesures no farmacològiques i farmacològiques han fracassat.
- Abans d'iniciar un tractament amb un opioide en el pacient amb DCNO, cal assegurar l'optimització del tractament amb paracetamol i/o AINE (dosis, durada del tractament, adherència).
- Si el dolor persisteix amb intensitat moderada, malgrat el tractament optimitzat amb paracetamol i/o AINE, es recomanarà iniciar tractament amb un opioide dèbil.
- La instauració del tractament amb un opioide ha de ser una decisió compartida entre el metge i el pacient.
- En pacients amb DCNO en els quals els AINE estiguin contraindicats (insuficiència renal i/o hepàtica, alt risc cardiovascular, edat avançada, pacients asmàtics o amb úlcera pèptica activa), es recomana tramadol com a opioide de primera elecció.
- Cal fer una valoració del risc potencial d'abús o dependència a opioides potents abans d'iniciar tractament amb aquests.
- Es recomana titular la dosi fins assolir la mínima dosi eficaç tolerada.
- Un cop titulada la dosi mínima eficaç, els opioides potents d'alliberament controlat es consideren les formulacions d'elecció per al tractament crònic del DCNO.
- Cal informar el pacient sobre l'objectiu del tractament i els possibles efectes adversos, risc de sobredosis, dependència i síndrome d'abstinència dels opioides.
- Es recomana mesurar l'eficàcia del tractament, mesurant la intensitat del dolor, així com canvis en la funcionalitat i qualitat de vida. L'eradicació completa del dolor és altament improbable, però s'hauria d'aspirar a una millora d'almenys un 30%.
- Per evitar el restrenyiment, es recomana administrar de forma profilàctica un laxant.
- S'aconsella evitar l'ús concomitant d'opioides amb alcohol o altres fàrmacs depressors del sistema nerviós central (SNC), com les benzodiazepines, per evitar el risc de depressió respiratòria[30].
- Es recomana retirar les benzodiazepines quan s'inicia el tractament amb opioides, ja que la prescripció concomitant s'ha associat amb un increment del risc de sobredosi.
- Les dosis > 100 mg/dia en dosi equivalent de morfina (DEM) incrementen el risc de sobredosi i es recomana intensificar el control en aquests pacients. Si no s'aconsegueix controlar el dolor amb dosis de 180 mg/dia en DEM, es recomana derivar a una unitat del dolor.
- En canviar d'un opioide a un altre, es recomana que la dosi inicial del nou fàrmac no excedeixi el 50-75% de la dosi prèvia.

Opioides dèbils

Estan indicats en el dolor lleu-moderat. El dolor nociceptiu respon bé a aquests analgèsics i la resposta és dosi dependent.

- **Codeïna**. No s'hauria d'utilitzar en el tractament del dolor crònic no oncològic.
  Els seus efectes secundaris principals són el restrenyiment; no es recomana el seu ús en pacients d'edat avançada perquè augmenta el risc cardiovascular. Pot associar-se administrat amb paracetamol.

- **Tramadol**. Té efecte dual, perquè és tant analgèsic central com agonista opioide dèbil i inhibeix la recaptació neuronal de serotonina i noradrenalina, la qual cosa pot ser d'utilitat en el tractament del dolor neuropàtic. Està indicat en el dolor moderat-greu. Pot associar-se administrat amb paracetamol[4].
  - Interaccions: L'ús concomitant de tramadol i medicaments serotoninèrgics, com ara inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS), inhibidors de la MAO, antidepressius tricíclics i mirtazapina, pot causar toxicitat per serotonina i augmentar el risc d'hemorràgia dels anticoagulants orals.
  - Contraindicat en pacients epilèptics o aquells susceptibles de presentar convulsions.

Opioides potents

L'eficàcia i seguretat dels opioides potents en el DCNO només s'han demostrat en assaigs de curta durada, per la qual cosa es desconeix la seva efectivitat a llarg termini. Només per a la morfina d'alliberació retardada i el fentanil transdèrmic disposem de dades d'algun estudi que han demostrat que produeixen millora funcional i reducció del dolor en tractaments superiors a 6 mesos en aquest tipus de dolor. La morfina oral segueix sent de referència en el DCNO i els pegats de fentanil són l'alternativa en pacients que no poden utilitzar la via oral o són intolerants a la morfina[14].

Morfina: Alcaloide natural, és el prototip dels opioides. Té una gran hidrosolubilitat (en solució admet qualsevol via d'administració). Biodisponibilitat del 20% al 60%. Presenta metabolisme hepàtic i eliminació renal, per tant, s'han d'extremar les precaucions en pacients amb afectació d'ambdós òrgans[7].

Fentanil transdèrmic: Opioide sintètic molt liposoluble, és 100 vegades més potent que la morfina. És una alternativa indicada especialment en aquells pacients amb disfàgia, dificultats per al compliment de la medicació oral i en casos d'insuficiència renal[7].
És important aconsellar els pacients sobre la correcta aplicació dels pegats, i advertir-los que l'exposició al calor (ja sigui per augment de la temperatura corporal o per l'aplicació de fonts de calor, com mantes elèctriques) pot provocar un augment de l'absorció de fentanil, amb el conseqüent risc de sobredosi. D'altra banda, la informació procedent de la notificació espontània de sospites de reaccions adverses a nivell mundial i a Europa indica que es produeixen casos d'exposició accidental a fentanil per transferència del pegat de la persona que els utilitza a una altra, pel fet d'estar en contacte directe i també per ingestió o aplicació accidental en nens. S'han notificat alguns casos greus, fins i tot alguns amb desenllaç mortal en nens, per la qual cosa l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS) va emetre una nota informativa per alertar d'aquest risc[15,22].

Les formes galèniques de fentanil d'acció ràpida i ultraràpida: nasal, sublingual, oral transmucosa ("xupa-xups") no tenen indicació en el dolor crònic no oncològic.
Estan indicades per al tractament del dolor irruptiu en adults que ja reben tractament de manteniment amb opioides per al dolor crònic oncològic.

Metadona: Opioide sintètic. Presenta característiques farmacològiques peculiars i variabilitat interindividual, amb elevada semivida d'eliminació i possibilitat de presentar interaccions amb altres fàrmacs; per tant, es requereix personal expert per al seu maneig. Per les seves característiques pot utilitzar-se especialment en pacients addictes a opioides. Pot utilitzar-se en insuficiència renal[7].

Hidromorfona: Derivat semisintètic de la morfina, metabolisme hepàtic i eliminació renal, molt similar a la morfina en efectes secundaris; no es recomana a pacients amb insuficiència hepàtica o renal[7]. Es tracta d'un opioide d'alta potència i amb major risc d'abús que la morfina[15].

Oxicodona: Derivat sintètic de la tebaïna (anàleg estructural de la codeïna), ha estat utilitzat sobretot en dolor neuropàtic. Major biodisponibilitat que la morfina. Metabolisme hepàtic i eliminació renal[7].
Té un major potencial d'abús que la morfina, per la qual cosa s'ha d'utilitzar amb precaució en pacients amb alt risc d'abús i addicció[15].
Segons l'informe del Comitè d'Avaluació dels Nous Medicaments (CANM), l'associació **oxicodona/naloxona** no ha demostrat ser superior a les alternatives recomanades en el tractament del dolor de moderat a intens si cal utilitzar un opioide [15,25]. L'addició de naloxona redueix la incidència de restrenyiment respecte a l'oxicodona sola, en pacients amb dolor de moderat a intens que no estaven utilitzant laxants de forma profilàctica, però no s'ha comparat respecte a la pràctica habitual d'un opioide i un laxant profilàctic[25].
El principal risc és la depressió respiratòria[25].

Tapentadol: Opioide sintètic. Metabolisme hepàtic i eliminació renal[7]. El tapentadol és un analgèsic potent i té un mecanisme d'acció dual; és agonista dels receptors o opioides i inhibidor de la recaptació de noradrenalina[15].
El tapentadol està autoritzat per al tractament del dolor crònic intens en adults que només es pot tractar adequadament amb analgèsics opioides[11,26].
Segons l'informe del CANM, no hi ha prou dades que justifiquin un canvi en la prescripció habitual d'opioides[26].
La darrera revisió realitzada per la Cochrane per avaluar l'eficàcia del tapentadol, considera les dades existents insuficients[29].

Buprenorfina: És un opioide amb propietats agonistes i antagonistes i pot precipitar síndrome d'abstinència, amb dolor, en pacients dependents d'altres opioides. Té sostre terapèutic i la depressió respiratòria sembla menys probable que amb els agonistes purs, però no pot ser totalment descartada. Pot utilitzar-se en insuficiència renal atès que l'acumulació de metabòlits actius és mínima[15].

No hi ha una evidència clara que cap opioide en particular, inclosa la morfina, sigui millor que un altre en termes d'eficàcia en l'alleujament del dolor.
La morfina pot seguir considerant-se la forma oral d'elecció
per la seva experiència d'ús i el seu menor cost.
La resta podrien ser útils per a la rotació d'opioides[15].

Vegeu també l'apartat: Seguretat dels opioides (pàg. 22-23).

Pacients candidats al tractament amb opioides potents

El tractament amb opioides potents en el DCNO pot ser adequat quan el dolor és intens i continu, i el pacient no respon a altres tractaments. Cal assegurar prèviament l'optimització del tractament amb paracetamol i/o AINE i/o opioides dèbils (dosis, durada i adherència al tractament).

Selecció de l'opioide potent

En el maneig del DCNO, la via oral és considerada la d'elecció, no es recomana la via parenteral. La selecció de l'opioide s'ha d'individualitzar en funció de l'estat de salut del pacient, intensitat del dolor i tractaments previs amb opioides entre d'altres.
La selecció també es pot veure afectada per l'experiència del prescriptor i per la menor freqüència d'efectes secundaris.
No hi ha diferències significatives en eficàcia i seguretat entre opioides de llarga i curta durada:

- Els d'alliberament immediat són útils per a l'inici de tractament i la titulació de dosi.
- Els d'alliberament retardat s'han d'emprar en pacients que necessiten analgèsia continuada. Les dosis altes d'opioides d'alliberació retardada només s'han d'utilitzar en el dolor intens refractari, sota supervisió d'experts en dolor o equip multidisciplinari.

Inici i titulació de la dosi

- Iniciar tractament amb DEM de 5 mg cada 4 hores. Es pot pautar inicialment cada 8 hores per valorar la tolerabilitat. Si els pacients no milloren amb les dosis recomanades, es poden anar augmentant 10 mg cada 4 hores (o més) gradualment, en funció de la resposta fins trobar la mínima dosi eficaç. A la nit es recomana doblar la dosi per permetre un descans nocturn de 8 hores.
- En situacions concretes, es podria iniciar el tractament també amb dosis baixes de la presentació retardada de morfina (5 mg cada 12h) i anar augmentant en 5 mg progressivament.
- S'han de pautar dosis de rescat de 10 mg sempre que siguin necessàries i recalcular la dosi diària quan hi hagi necessitat de dues o més dosis de rescat al dia (les dosis de rescat han de ser del 5-15% de les dosis diàries totals). La morfina no té sostre terapèutic.
- Un cop estabilitzat el dolor, es calcularà la dosi total emprada en 24 hores. Dosi habitual: 10-20 mg cada 4 hores.

- Per pautar de nou la dosi necessària per al pacient concret, un cop estabilitzat el dolor, es pot substituir la dosi total per una forma retardada, mantenint la mateixa dosi diària total, però repartida en dues dosis (dosi diària total de morfina oral ràpida/2 = dosis para cada 12 hores de morfina retardada). No s'ha d'administrar més de 100mg/24h.

- S'ha d'advertir el pacient que pot trigar diversos dies a notar l'eficàcia analgèsica del tractament. Si no s'observa cap efecte amb dosis de 30-40 mg/dia probablement no sigui adient continuar escalant dosi; per altra banda, si no s'assoleix l'efecte desitjat amb la dosi màxima, s'ha de valorar la derivació a una unitat del dolor o a un altre nivell assistencial[4].

  La titulació amb pegats de fentanil no hauria de ser una pràctica habitual.

Conversió/rotació d'opioides

En casos d'aparició d'efectes adversos es pot plantejar canviar a un altre opioide. Cal tenir en compte, però, que atesa la variabilitat entre pacients, aquest canvi pot portar problemes de seguretat o eficàcia com a conseqüència d'una infradosificació o sobredosificació del nou opioide[15], per tant, cal fer un seguiment clínic d'aquest canvi.
Els factors de conversió i dosis equivalents són només orientatius, per la qual cosa s'ha de monitorar la resposta en passar d'un a l'altre. En el cas de gent gran o malaltia hepàtica o renal, s'ha de reduir més la dosi d'inici amb el nou opioide. S'ha de reavaluar el pacient amb freqüència[4].
Per canviar a un opioide diferent a la morfina, s'ha de calcular primer la dosi equivalent de morfina i utilitzar-la per al càlcul de la dosi equianalgèsica del nou opioide.

Equivalències entre opioides habitualment emprats en el dolor crònic no oncològic[17] (Adaptació de Gupta et al.)[20]

Principi actiu	Dosi / 24h	Equivalent a morfina oral / 24h	Ràtio de conversió principi actiu: morfina
Codeïna, oral	240 mg	24 mg	10:1
Tramadol, oral	400 mg	40 mg	10:1
Fentanil, transdèrmic	25 µg/h	90 mg	1:150
Hidromorfona, oral	1 mg	5 -10 mg	1:5 -10
Oxicodona, oral	100 mg	150 -200 mg	1:1,5 -2,0
Tapentadol	100 mg	40 mg	2,5:1
Buprenorfina, transdèrmica	10 µg/h	15 mg	1:60

Guia de conversió/rotació d'opioides[19]

1. Utilitzar una taula d'equivalència de dosis entre opioides.
2. Determinar la dosi inicial.
3. Considerar ajustaments addicionals d'acord amb la condició física i el dolor.
    a. Si el pacient és d'edat avançada o pateix insuficiència orgànica rellevant, s'ha de considerar la possibilitat de reduir més la dosi.
    b. Si el pacient té dolor intens, s'ha de disminuir menys la dosi.
4. Calcular les dosis de "rescat" en un 5% a 15% de la dosi total diària.
5. Reavaluar i dosificar el nou opioide d'acord amb la resposta terapèutica i els efectes secundaris.

Retirada dels opioides

- **Per evitar els símptomes d'abstinència i la hiperalgèsia** (aparició d'una sensibilització incrementada al dolor) s'ha de retirar la dosi lentament, aproximadament un 10% a la setmana o al dia. Quan s'ha arribat a 1/3 de la dosi inicial, s'ha d'anar reduint més lentament (un 5% o menys). Si el pacient experimenta símptomes de retirada o dolor, s'ha de frenar la retirada i, fins i tot, plantejar un increment de dosis[4].

- **Es poden fer servir coanalgèsics per als símptomes d'abstinència**, com antidepressius per a la irritabilitat i alteracions del son, o anticonvulsivants per al dolor neuropàtic, però mai s'han d'emprar les benzodiazepines[19].

Seguretat dels opioides

Medicament	Consideracions sobre la seguretat dels analgèsics opioides[16]
Codeïna	Prescripció màxima durant 4 dies en dones durant la lactància materna: algunes poden convertir la codeïna en morfina, causant toxicitat neonatal. Risc general de sobredosi i addicció baixos en comparació amb altres opioides més potents.
Tramadol	Associat a convulsions en pacients amb alt risc o quan es combina amb fàrmacs que incrementen les concentracions de serotonina (ex.: ISRS). Risc general de sobredosi i addicció baixos en comparació amb altres opioides més potents.
Morfina	En pacients amb insuficiència renal, es pot acumular un metabòlit de la morfina i causar toxicitat.
Hidromorfona	Precaució en pacients amb alt risc d'abús i addicció als opioides.
Fentanil	Abans de la prescripció de fentanil, cal preguntar sobre l'ús d'opioides durant les 2 setmanes anteriors. Per assegurar una bona tolerància, el pacient ha de prendre diàriament una pauta mínima de 60-90 mg DEM durant 2 setmanes, com a mínim 2 cops/dia per als opioides d'alliberació retardada i 4 cops/dia per als opioides d'alliberació immediata. No s'ha de canviar de codeïna a fentanil, sense tenir en compte la dosi de codeïna; alguns pacients no ho toleren o ho toleren mínimament, tot i un ús regular de codeïna. Cal mantenir la dosi inicial com a mínim 6 dies. S'ha de tenir precaució especial en pacients amb alt risc de sobredosi (Ex: pacients d'edat avançada i pacients en tractament amb benzodiazepines). Cal retirar els pegats transdèrmics abans d'una ressonància magnètica, d'una tomografia axial computada (TAC) o d'una cardioversió o desfibril·lació elèctrica. Els pegats que continguin algun metall podrien escalfar-se i produir cremades a la pell. La informació de la presència o no de metalls pot trobar-se en la fitxa tècnica de cada medicament[14]. Cal informar els pacients: • Que apliquin els pegats tal com s'han prescrit. • Que evitin les fonts de calor com ara compreses de calor, mantes elèctriques. • Que treguin i llencin els pegats de forma segura.
Oxicodona, Oxicodona/Naloxona[25]	Precaució en pacients amb alt risc d'abús i addicció als opioides. L'oxicodona es metabolitza principalment seguint la ruta del CYP3A4, de manera que els inhibidors d'aquest isoenzim, com els antibiòtics macròlids, antifúngics azòlics, inhibidors de la proteasa, cimetidina o el suc d'aranja, poden produir un augment de les concentracions d'oxicodona en plasma, per tant, s'haurà de tenir en compte per tal d'ajustar la dosi d'oxicodona[11]. El principal risc és la depressió respiratòria. Precaució en: pacients d'edat avançada, ili paralític induït per opioides,

	deteriorament greu de la funció pulmonar, mixedema, hipotiroïdisme, malaltia d'Addison, psicosi tòxica, colelitiasi, hipertròfia de pròstata, alcoholisme, delírium trèmens, pancreatitis, hipotensió, hipertensió, malalties cardiovasculars preexistents, traumatisme cranioencefàlic, trastorn epilèptic o predisposició a les convulsions, i pacients que reben IMAO. Pacients amb càncer associat a carcinomatosi peritoneal o amb síndrome suboclusiva avançada de càncers digestius i pèlvics. No es recomana administrar-la en el preoperatori ni a les 12-24 hores següents a la cirurgia.
Tapentadol	Precaució en pacients amb alt risc d'abús i addicció als opioides i síndrome de dependència. Precaució en pacients amb depressió respiratòria, traumatisme cranial i pressió intracranial elevada, convulsions, insuficiència renal o hepàtica moderades, malalties pancreàtiques o biliars [11,26]. Cal evitar l'ús del tapentadol en pacients que reben IMAO (o que els han pres durant els últims 14 dies), benzodiazepines, barbitúrics, antipsicòtics, antihistamínics H1, altres opioides i alcohol. Amb els medicaments serotoninèrgics, com els ISRS, es pot desencadenar una síndrome serotoninèrgica (confusió, agitació, febre, sudoració, atàxia, hiperreflèxia, mioclònia i diarrea)[11,26]. Cal tenir precaució amb l'inici o la suspensió de l'administració concomitant de medicaments que són inductors enzimàtics potents (rifampicina, fenobarbital, herba de Sant Joan), ja que es podria produir una disminució de l'eficàcia o augmentar el risc de reaccions adverses, respectivament [11,26].
Combinació paracetamol-opioides	Cal utilitzar aquestes combinacions amb precaució per evitar toxicitat per paracetamol: no es recomana l'administració de més de 4g/24h de paracetamol en adults. Cal advertir els pacients que consumeixen grans quantitats d'alcohol que no barregin alcohol i paracetamol.
Formulacions d'alliberació ultraràpida	La utilització d'opioides en formulació d'alliberació ultraràpida ha augmentat considerablement. L'ús d'aquestes formulacions s'hauria de restringir per al maneig del dolor oncològic, ja que és l'única indicació que tenen aprovada. El risc d'addicció amb aquestes formulacions és superior al de les formulacions ràpides, per aquest motiu, abans d'iniciar una prescripció s'hauria d'investigar si la dosi actualment emprada és l'adequada o si se n'està fent un mal ús[17].
Formulacions d'alliberació retardada	Precaució en l'escalat de dosi: les formulacions d'alliberació retardada contenen dosis més altes d'opioides que les formulacions d'alliberació immediata i, a més, poden ser fàcilment convertibles en alliberació immediata si es mosseguen o s'aixafen els comprimits.
Opioides parenterals	No es recomanen en DCNO per l'alt risc de sobredosi, l'addicció i les infeccions.

DCNO: dolor crònic no oncològic; DEM: dosi equivalent de morfina; ISRS: inhibidors selectius de la recaptació de serotonina. Taula adaptada del Butlletí d'informació terapèutica. Vol.23, núm.9. 2012[16]

C. Coanalgèsics

Antidepressius

- **Tricíclics** (l'amitriptilina és el fàrmac d'elecció).
- **Duloxetina.**

Anticonvulsivants

- **Gabapentina.**
- **Pregabalina.**
- **Carbamazepina.**

Fàrmacs analgèsics tòpics

- **La capsaïcina** (en crema i en pegats).
- **La lidocaïna** (en pegats al 5%).

La informació detallada d'aquests fàrmacs es tracta a l'apartat següent del tractament en el dolor neuropàtic.

3.3.2 Tractament en el dolor neuropàtic

Els fàrmacs amb indicació en el dolor neuropàtic són els següents[23]:

Fàrmac	Indicació autoritzada
Amitriptilina	Dolor neuropàtic
Gabapentina	Dolor neuropàtic perifèric
Pregabalina	Dolor neuropàtic perifèric i central
Carbamazepina	Neuràlgia trigemin i glossofaringi
Duloxetina	Neuropatia diabètica
Lidocaïna tòpica (pegats 5%)	Neuràlgia postherpètica
Capsaïcina tòpica (crema 0,075%)	Neuropatia diabètica
Capsaïcina (pegats 8%)	Dolor neuropàtic perifèric

No existeix un tractament únic i específic. Els tractaments s'han d'iniciar en forma de monoteràpia, però davant de la resposta parcial es poden proposar tractaments combinats; és important utilitzar fàrmacs amb mecanismes d'acció complementaris.

Tractament de 1a. línia en el dolor neuropàtic

Amitriptilina

- Inici: 10-25 mg a la nit. Incrementar gradualment segons l'efecte obtingut, fins a un màxim de 75 mg/24h[11].
- La dosi mitjana habitual és de 25-75 mg/dia repartida en 3 dosis o en una dosi nocturna.
- S'arriba ràpidament i amb dosis baixes a l'efecte analgèsic, independentment de l'efecte antidepressiu. Precaució en pacients d'edat avançada.

Gabapentina

Dia 1	Dia 2	Dia 3
300mg/dia	300mg/12h	300mg/8h

- La dosi d'inici és de 300 mg/8h, i s'han d'incrementar 300 mg cada setmana fins aconseguir la mínima dosi eficaç tolerada (màxim 3.600 mg/ dia)[11].
- No presenta diferències pel que fa a eficàcia ni efectes secundaris respecte la pregabalina, per la qual cosa s'ha de plantejar com a primera opció per què és més eficient.
- Ajustar la dosi en insuficiència renal.

Carbamazepina (neuràlgia del trigemin i glossofaringi)

- Inici: 100 mg/12-24h i incrementar a poc a poc fins que s'instauri l'analgèsia (generalment 200mg 3-4 vegades al dia); posteriorment reducció gradual fins a la dosi mínima eficaç.
- En pacients d'edat avançada o hipersensibles és convenient iniciar el tractament amb 100 mg dues vegades al dia.
  La dosi habitual de manteniment és de 400-800 mg/dia[11].

Altres opcions terapèutiques quan no hi ha una resposta als tractaments de 1ª línia:

Tractament de 2a. línia en el dolor neuropàtic

Duloxetina

- Té acceptada la indicació per al tractament del dolor neuropàtic, tot i que no hi ha estudis comparatius directes de duloxetina respecte als tractaments de referència en el dolor neuropàtic diabètic (amitriptilina, gabapentina), a més els assaigs clínics van ser de curta durada (12 setmanes)[24].
- Es preveu per a pacients amb contraindicacions als antidepressius tricíclics.
- Es pot pautar la duloxetina a una dosi d'inici de 30 mg/dia i incrementar fins a 60-120 mg/dia en una o dues dosis.

Pregabalina

- Pot ser útil en pacients que no han respost a altres tractaments. A diferència de la gabapentina té aprovada la indicació de dolor neuropàtic central. No hi ha dades comparatives directes amb els tractaments de referència i té un cost elevat, per la qual cosa es considera d'ús restringit en pacients que no han respost a altres tractaments o no els toleren.
- Inici: 150 mg/dia (en dues o tres dosis). Incrementar als 3-7 dies, segons la resposta, a 300 mg/dia. Es pot arribar fins a 600 mg/dia passats 7 dies[11].

Opioides

Si la intensitat del dolor no requereix un opioide potent, es pot utilitzar tramadol.

- Tramadol, opioide dèbil (també pot ser útil com a primera línia en espera de derivació).
  - Inici: 25-50 mg/24h.
  - Dosi màxima 400 mg/24h (300 mg/24h en > 75 anys).
  - Ajustar la dosi en insuficiència renal[11].
- Morfina és l'opioide potent d'elecció:
  - Alliberació ràpida:5-10mg/4h
  - Alliberació perllongada: 5-10mg/8-12h
  - Ajustar segons la resposta del pacient.

Lidocaïna tòpica (pegats al 5%)

- Evidència limitada. Només té indicació per a la neuràlgia postherpètica.
- Per la seva bona tolerància pot ser adient en pacients d'edat avançada, especialment si presenten al·lodínia (percepció anormal del dolor) i l'àrea afectada és petita.
- Màxim 3 apòsits per cobrir la zona afectada. Aplicació d'1-2 pegats durant 12h contínues a la zona afectada i descans les següents 12h.

Capsaïcina tòpica (crema 0,075%)

- Evidència limitada. Només té indicació per a la neuropatia diabètica dolorosa que interfereixi en les activitats diàries i que no hagi respost a cap altre tractament[11].
- Posologia: 3-4 aplicacions/dia sobre la zona afectada.

Capsaïcina tòpica (pegats 8%)

- Evidència limitada. Indicació en dolor neuropàtic perifèric en adults.
- Ús hospitalari. Cal personal sanitari especialitzat per a la seva administració.
- Màxim 4 apòsits per cobrir la zona afectada. Aplicació durant 1h (30 minuts als peus).
- Període d'eficàcia: aproximadament de 3 mesos per aplicació.

3.3.3 Efectes adversos dels fàrmacs del DCNO

Paracetamol	Insuficiència hepàtica i renal. Ajustar dosis en edat avançada[11].
AINE	Grup de fàrmacs d'ús habitual relacionat amb efectes adversos importants. A la toxicitat gastrointestinal i renal clàssica de tots els AINE, s'hi ha afegit la toxicitat cardiovascular, la qual cosa ha contraindicat el seu ús sobretot en gent gran[12,17].
Metamizole	En pacients d'edat avançada s'ha de disminuir la dosi ja que la seva eliminació es pot veure alentida. En insuficiència renal i hepàtica la velocitat d'eliminació disminueix, s'ha d'evitar l'administració repetida de dosis elevades. També cal fer un especial seguiment en insuficiència cardíaca o asma. No s'ha d'utilitzar si hi ha història d'agranulocitosi i anèmia aplàstica[11].
Opioides[7]	Inicials però transitoris desapareixen amb tolerància: • Nàusees, vòmits. • Somnolència, sedació (pot ser un problema per als pacients que condueixen, però la tolerància es produeix quan s'arriba a una dosi estable). Inicials però persistents i freqüents: • Restrenyiment (requereix d'un tractament preventiu amb dieta, hidratació i laxants). Altres reaccions adverses menys freqüents: • Pruïja (és difícil de tractar i requereix una adequada hidratació de la pell, ús d'antihistamínics o, fins i tot, la substitució de l'opioide). • Sequedat de boca. • Diaforesi (excessiva sudoració). • Disfonia (qualsevol alteració de la veu). • Al·lucinacions. • Confusió. • Depressió respiratòria (és rara i es pot minimitzar amb una titulació acurada). Amb el tractament perllongat a llarg termini: • Immunosupressió. • Possible hipogonadisme. • Trastorns del son. Tramadol s'ha associat amb un augment del risc de síndrome serotoninèrgica i convulsions. Augment del risc de toxicitat de l'SNC. Està contraindicat en persones amb antecedents d'epilèpsia.

Amitriptilina	Efectes anticolinèrgics: freqüentment sedació, sequedat de boca, restrenyiment, retenció urinària, visió borrosa, midriasi i cicloplegia. Efectes serotoninèrgics: nàusees i vòmits. Efectes cardiovasculars: es considera potencialment cardiotòxic, pot produir taquicàrdia, tremolor i hipotensió postural especialment en edat avançada i pacients amb cardiopaties. Hipersensibilitat: fotosensibilitat, urticària i angioedema. Altres: augment de pes, neuropatia perifèrica, acúfens, convulsions epilèptiques, reaccions extrapiramidals, sabor metàl·lic, ginecomàstia, disfunció sexual, hiponatrèmia[11].
Duloxetina	Nàusees, cefalea, sequedat de boca, somnolència i mareigs. No s'ha d'utilitzar en pacients amb insuficiència hepàtica[11].
Gabapentina	Efectes cardíacs (insuficiència cardíaca i arítmies)[27]. Somnolència, mareigs, atàxia, convulsions, hipercinèsia, disàrtria, amnèsia, tremolor, insomni, astènia, cefalea, sensacions com parestèsies, nistagme, coordinació anormal, augment, descens o absència de reflexos. Alteracions visuals: ambliopia, diplopia[11].
Pregabalina	Efectes cardíacs (insuficiència cardíaca i arítmies)[27]. Somnolència, mareigs, cefalea, vertigen, dependència. Estat d'ànim eufòric, confusió, irritabilitat, desorientació, insomni, libido disminuïda. Alteracions visuals: visió borrosa, diplopia. Trastorns gastrointestinals: vòmits, nàusees, restrenyiment, diarrea, flatulència, distensió abdominal, sequedat de boca. Rampes musculars, artràlgia, mal d'esquena, dolor a les extremitats, espasme cervical. Edema perifèric, caigudes, fatiga, disfunció erèctil. Augment de pes[11].
Carbamazepina	Entre les reaccions adverses simptomàtiques, les més comunes són: mareigs, nàusees, vòmits i astènia. Erupcions eritematoses de la pell, leucopènia, anèmia aplàstica, alteració de la funció hepàtica[11].
Lidocaïna tòpica	Reaccions més freqüents en el lloc d'administració: cremor, dermatitis, eritema, pruïja, erupció, irritació cutània i vesícules[11].
Capsaïcina tòpica	Durant els primers dies de tractament, es pot presentar una sensació de coïssor cutània a la zona d'aplicació. Altres possibles efectes adversos a nivell cutani pot ser l'eritema irritatiu i la sequedat de pell en el lloc d'aplicació[11].

4. CRITERIS DE DERIVACIÓ I COORDINACIÓ

OBJECTIU

Establir els criteris de derivació i actuacions en relació amb els pacients que presenten patologies susceptibles de rebre assistència a la unitat del dolor (UD) de referència al territori.

Gran part de les patologies que es deriven a la unitat de dolor, es deriven també a altres especialistes de referència (traumatologia, reumatologia, neurologia, rehabilitació) segons la patologia de base que presenta el pacient.

4.1. Criteris de derivació

- Els criteris de derivació a l'UD es compleixen, si abans es responen afirmativament les 5 preguntes següents:
    1. Presenta dolor insuportable de curta instauració, amb una escala verbal (EV) o visual analògica igual o superior a 8.
    2. S'ha esgotat la via convencional de tractament en no obtenir millora després d'un tractament adequat per via oral.
    3. Presenta dolor tributari de tractament específic en una UD (annex IVa).
    4. No és adequada la via oral o altres perquè és insuficient, presenta intolerància, efectes secundaris o bé necessita dosis altes d'opioides.
    5. Si presenta una malaltia crònica degenerativa instaurada, ha iniciat una clínica aguda, diferent a la malaltia de base, de menys de 3 mesos que l´invalida i limita la seva autonomia bàsica.

No compleixen criteris de derivació

- **Patologia osteomuscular crònica degenerativa** (espondiloartrosi o patologia degenerativa de llarga evolució instaurada en la història clínica prèvia del pacient), sempre que no presentin una clínica diferent a la patologia de base, o bé una re-agudització que impossibiliti la seva autonomia i es pugui beneficiar d'alguna tècnica pròpia de l'UD.

- **Fibromiàlgia o síndrome de fatiga crònica**, excepte si es presenta una clínica diferent a la patologia de base, de recent instauració i hagi estat valorada prèviament pel referent o especialista de la seva àrea.

Criteris de priorització per a la derivació

Si es compleixen els criteris de derivació, la sol·licitud de visita es prioritzarà en funció de:

- **Derivació urgent**

  Patologia que provoca dolor amb clínica aguda, de curta instauració i que invalida totalment el pacient en la seva autonomia bàsica.
  Dolor neuropàtic perifèric agut i central, esclafament vertebral, entre d'altres.

- **Derivació preferent**

  Patologia que provoqui dolor amb EV igual o superior a 8 i que pot esperar com a màxim un mes a ser tractat.

- **Derivació ordinària**

  Dolor amb EV igual o superior a 8 que pot esperar a ser tractat més de 45 dies.

4.2. Coordinació i consultes

Circuit de derivació des de l'atenció primària

La derivació realitzada des de l'àmbit de l'atenció primària a la consulta de l'atenció especialitzada seguirà els procediments habituals establerts.

A l'**informe** de derivació del pacient a l'UD, cal que es detalli:

- Motiu de la consulta.
- Localització del dolor.
- Temps d'evolució.
- Diagnòstic tipificat presumible (si es coneix).
- Fàrmacs analgèsics utilitzats.
- Resum molt breu concloent de proves diagnòstiques realitzades.

La valoració que en faci l'UD permetrà confirmar o modificar la priorització i informarà d'aquesta al pacient (citació i/o comunicació).

L'UD, en finalitzar el tractament, retornarà a l'atenció primària informació amb el diagnòstic, el tractament realitzat, les pautes a seguir pel pacient i les indicacions pertinents per tal de portar a terme la conciliació. Caldrà indicar també el pla d'actuació conjunt.
La prescripció en recepta electrònica des de l'UD tindrà la vigència adequada, segons el model de col·laboració mixt del CatSalut.

Activitats facilitadores de la coordinació i consulta

- **Activitats no presencials**

  Suport de comunicació als equips d´atenció primària, des de les unitats de dolor. L'objectiu és millorar els criteris de derivació, facilitar la resolució de dubtes en l'orientació i possible tractament dels pacients. Es proposen diferents vies: el correu electrònic, la consulta virtual, compartir el curs clínic, entre d'altres.

- **Activitats presencials**

  Reunions multidisciplinàries on es presentin casos reals. Estan dirigides a millorar la coordinació dels tractaments entre l'atenció primària i l'especialitzada i a donar un diagnòstic definitiu al pacient.

  Atès que cada territori té una organització i estructures diferents, caldrà adaptar aquestes recomanacions generals a cadascun d'ells en funció de les seves particularitats.

  Per tal d'incentivar el seu desenvolupament s'adjunta l'exemple d'un territori que pot ser d'utilitat en aquells que vegin factible la seva adaptació (annex IVb).

5. FORMACIÓ EN EL DOLOR A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

La formació dels professionals d'atenció primària és imprescindible per al maneig del pacient amb dolor des d'aquest àmbit. A continuació es presenten algunes recomanacions per tal que les unitats de formació de cada territori les puguin adaptar en el seu entorn, en funció de les seves característiques.

La designació d'un REFERENT de dolor dins de cada equip d'atenció primària (EAP) o d'unitat de gestió en atenció primària (UGAP) es considera important i estratègica. Es recomana una estada amb rotació dels referents a l'UD de referència d'un mínim de 10 dies (seguits o un dia per setmana durant 10 setmanes).

Objectius:

- Coneixement en profunditat del servei i de les vies de comunicació amb l'UD de referència per establir una relació dinàmica amb l'EAP o UGAP.
- Exploració del pacient amb dolor.
- Maneig farmacològic global del dolor crònic.
- Maneig d'opioides.
- Maneig de coanalgèsics-coadjuvants.
- Coneixement de la cartera de serveis de tècniques cruentes per dolor crònic a les UD.

Activitats proposades

TELEFORMACIÓ	Sessions clíniques de teleformació en horari de migdia o canvis de torn. Es proposen 4 sessions a l'any per a tots els EAP del territori (connexió única) amb temes proposats per l'UD o les direccions assistencials.
JORNADES DOLOR	Jornada anual de mig dia

3. PRUEBAS: EVALUACIÓN SENSITIVA

¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del nervio afectado?

Tacto
Hisopo de algodón

Pinchazo con aguja
Imperdible
Mondadientes

Vibración
Diapasón de 128 Hz

Calor/frío
Frasco de NaCl metido en el frigorífico/probeta de agua/ martillo de reflejos/estetoscopio

Presión
Jeringa/bolígrafo
Monofilamento

Empezar la exploración por una región corporal alejada de las zonas dolorosas (p. ej., la mano si hay dolor/síntomas en los pies) como referencia.

Zona del estudio = zona de dolor máximo indicada por el paciente (si <hoja A4 = localizado)

Repetir cada estímulo tres veces.

Clasificar la respuesta como normal, disminuida o aumentada (respuesta cuantitativa)

Pedir al paciente, inmediatamente después del último estímulo, que evalúe el dolor utilizando la escala del dolor de 4 ítems
0 = ningún dolor/molestia con el contacto
1 = sensación desagradable, pero tolerable
2 = doloroso
3 = muy doloroso, el paciente no puede soportar el contacto

4. EXTENSIÓN DE LA ZONA MÁS DOLOROSA

¿Está circunscrita la zona más dolorosa y es más pequeña que una hoja de tamaño A4?

PUEDEN ESTAR INDICADAS OTRAS PRUEBAS ETIOLÓGICAS

Considere los aspectos individuales del paciente:

Examen de laboratorio en sangre
- Glucosa (+/- HbA1c)
- Prueba de tolerancia a la glucosa
- Creatinina
- Hormonas tiroideas
- Serología para el VIH
- Parámetros inflamatorios
- Enzimas hepáticas
- Urea
- Otros

Otras pruebas: evalúe la remisión al especialista y la solicitud de estudios de imagen o de pruebas neurofisiológicas:

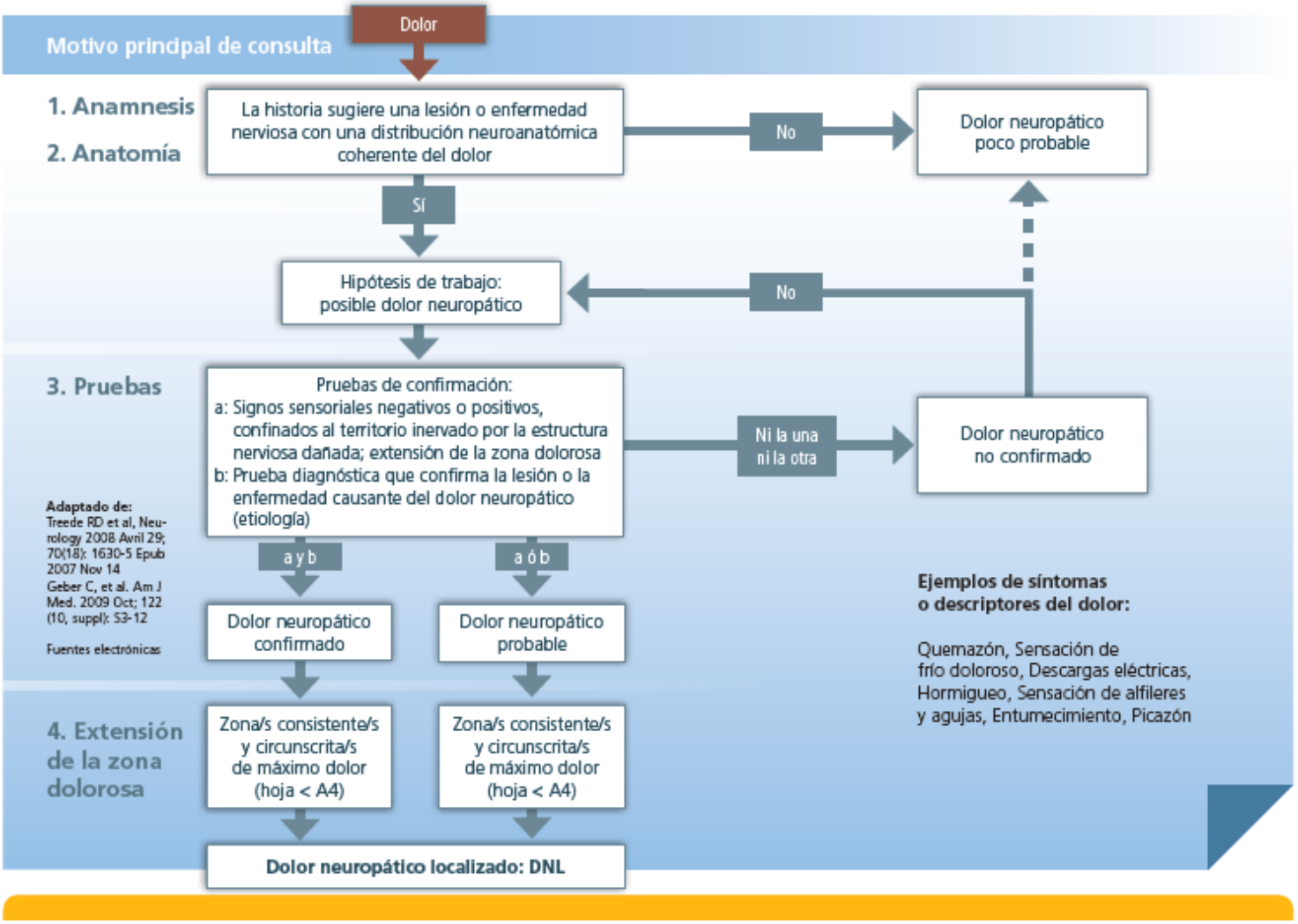
- Ecografía
- Radiografía (lumbar)
- RM
- EMG y neuroconducción

Considere los tratamientos médicos previos como posibles causas del DN:
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Cirugía/traumatismo

En caso de progresión de la enfermedad, considerar derivar al especialista sin esperar los resultados de las pruebas de laboratorio o de imagen

Para las opciones de tratamiento véanse las recomendaciones locales.

ALGORITMO


Motivo principal de consulta
Dolor
1. Anamnesis
2. Anatomía
La historia sugiere una lesión o enfermedad nerviosa con una distribución neuroanatómica coherente del dolor
No
Dolor neuropático poco probable
Sí
Hipótesis de trabajo: posible dolor neuropático
No
3. Pruebas
Pruebas de confirmación:
a: Signos sensoriales negativos o positivos, confinados al territorio inervado por la estructura nerviosa dañada; extensión de la zona dolorosa
b: Prueba diagnóstica que confirma la lesión o la enfermedad causante del dolor neuropático (etiología)
Ni la una ni la otra
Dolor neuropático no confirmado
Adaptado de:
Treede RD et al, Neurology 2008 Avril 29; 70(18): 1630-5 Epub 2007 Nov 14
Geber C, et al. Am J Med. 2009 Oct; 122 (10, suppl): S3-12
Fuentes electrónicas
a y b
a ó b
Dolor neuropático confirmado
Dolor neuropático probable
Ejemplos de síntomas o descriptores del dolor:
Quemazón, Sensación de frío doloroso, Descargas eléctricas, Hormigueo, Sensación de alfileres y agujas, Entumecimiento, Picazón
4. Extensión de la zona dolorosa
Zona/s consistente/s y circunscrita/s de máximo dolor (hoja < A4)
Zona/s consistente/s y circunscrita/s de máximo dolor (hoja < A4)
Dolor neuropático localizado: DNL

Annex IVa: Dolor tributari de tractaments específics en una UD

Les unitats integratives de tractament del dolor estan formades per especialistes focalitzats a tractar els símptomes i el desconfort produït s per una sèrie de condicions, malalties o lesions. S´ofereixen teràpies que poden ser farmacològiques, infiltratives, bloquejos nerviosos o procediments que pretenen actuar en la conducció, modulació i processament del senyal de dolor en la fibra nerviosa, els ganglis, la medul·la espinal i els nuclis cerebrals. Moltes unitats disposen també d'especialistes en psicologia i nutrició.

LOCALITZACIÓ DEL DOLOR		POSSIBLES TRACTAMENTS
Cap	Cefalees – Migranya Neuràlgia occipital Cefalea tensional Cefalea cervicogènica Neuràlgia del trigemin	Farmacològics Bloquejos Radiofreqüència Psicologia Nutrició Teràpia física
Columna	Hèrnia / Protrusions discals Síndromes facetàries o articulars Dolor postlaminectomia Cirurgia fallida de columna Dolor en l´articulació sacroilíaca Fractura vertebral	Farmacològics Bloquejos Radiofreqüència Psicologia Nutrició Teràpia física
Extremitats superiors	Tendinitis Tendinosi Supraespinós Dolor articular Espatlla congelada Epicondilitis Degeneratives carpianes Compressions nervioses	Farmacològics Iontoforesi Bloquejos Radiofreqüència
Extremitats inferiors	Afectacions articulars o lligamentoses Dolors radiculars Neuropaties Dolors postlaminectomies	Farmacològics Bloquejos / Radiofreqüència Neuroestimulació Psicologia Nutrició Teràpia física
Tòrax i dolor abdominal	Costocondritis Dolor pelvià Dolors neuropàtics intercostals Dolors posteriors a intervencions Afectacions degeneratives dorsals	Farmacològics Bloquejos Radiofreqüència
Afectació general	Síndromes de dolor per càncer Síndrome de dolor regional complex Neuropatia diabètica Dolor per membre fantasma	Farmacològics Bloquejos / Radiofreqüència Reservoris espinals Neuroestimulació Psicologia Nutrició Teràpia física

Annex IVb. Exemple de coordinació i consultoria al Baix Llobregat Litoral i Sant Boi

Activitats no presencials:

La consultoria funciona via correu electrònic a un referent.
Els objectius de la comunicació des de l'UD són:

- Orientació en referència a l'abordatge terapèutic.
- Aclarir si està indicada la derivació.

Respostes: un cop per setmana (dia i franja horària fixa). La informació mínima que cal adjuntar és:

- Motiu de consulta.
- Localització del dolor.
- Temps d'evolució.
- Diagnòstic tipificat presumible (si es coneix).
- Fàrmacs analgèsics utilitzats.
- Resum molt breu concloent de proves diagnòstiques realitzades que es considerin rellevants.
- Estat del pacient / complicació que motiva la consulta.

Activitats presencials:

- Es fan reunions multidisciplinàries amb la participació de professionals d'infermeria clínica, unitat de dolor, servei de cirurgia-ortopèdia-traumatologia, servei de rehabilitació funcional, psicologia, geriatria, reumatologia, metges d'atenció primària i altres especialistes (els pacients acostumen a rebre atenció de diferents especialistes).

- Freqüència: 1 cop al mes per a pacients en tractament del dolor i aparell locomotor.

- Durada: 60-90 minuts aproximadament.

- Metodologia: prèviament a la reunió s'envia a la infermera clínica per correu electrònic el nom i el cas del pacient a comentar en la sessió multidisciplinària.