

# ABORDATGE COMPARTIT DEL DOLOR CRÒNIC NO ONCOLÒGIC. ATENCIÓ PRIMÀRIA-HOSPITALÀRIA. PROTOCOLS ABORDATGE COMUNS

**Anna Server.** SCD

**Gemma Rodríguez.** SEFAP

**M. Teresa Llodrà.** CAMFiC

**Isabel Rosich.** SEFAP

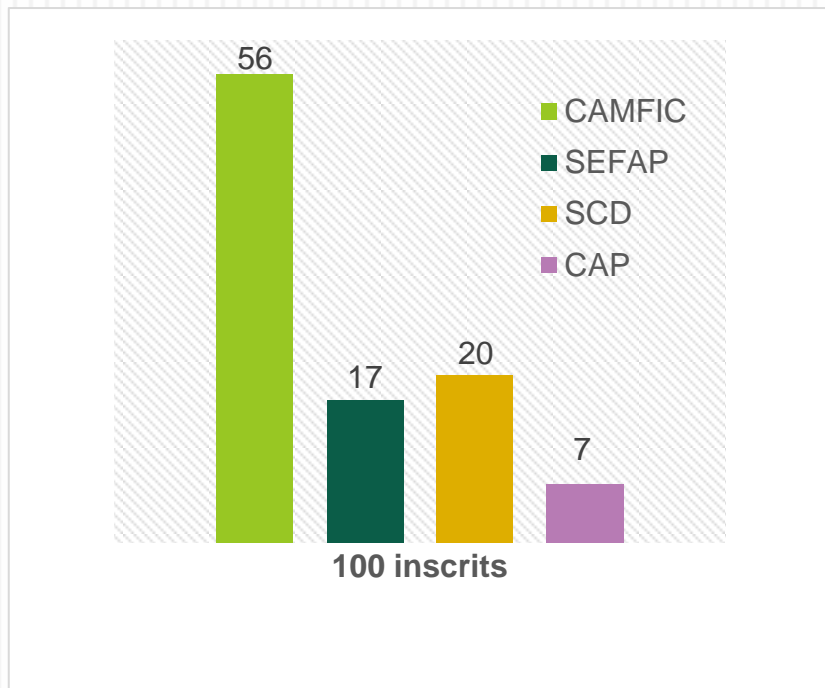
**Irene González.** CAMFiC

**Esther Amado.** SEFAP

**Javier Medel.** SCD

*#forumdolor2021*

# PROTOCOLS: ABORDATGES COMUNS



## Col.laboradors:

- Eugenia Maria Juárez Cerezo
- Ander Burgaña Agoües
- Maite Blanch Albin
- Ramon Gómez Ros
- Montse Marles Escoda
- Núria Parals Suñé

## 1-Valorem l'abordatge biopsicosocial als protocols de Dolor?

- La valoració **multidimensional** del Dolor és imprescindible i cal individualitzar els tractaments.
- S'ha de potenciar el **sinergisme** dels tractaments farmacològics i no farmacològics. Els tractaments han de ser sempre complementaris i inclusius.
- El registres clínics no contempen totalment les dimensions emocionals i socials del Dolor. Es proposa conèixer els recursos territorials i locals (municipis) per potenciar les activitats socials que potenciïn els tractaments.
- L'abordatge multimodal del tractament ha d'incloure **altres professionals**: infermeria, fisioterapeutes, psicòlegs... S'han de potenciar els tractaments que modifiquin la percepció del dolor.
- Incloure de la Cartera de Serveis en Salut Mental aquelles amb evidència científica (*es valora el Mindfulness com a opció terapèutica*).

## 1-Valorem l'abordatge biopsicosocial als protocols de Dolor? I les Expectatives?

- Ha d'incloure els conceptes de **funcionalitat** com a eina de mesura, així com el d'**alleujament del dolor** més que curació.
- Definir **objectius** en el procés assistencial.
- Identificar els **pacients amb dolor crònic complexe** i consensuar decisions terapèutiques. Evitar les reiteracions i les duplicitats assistencials.

## 2-Tractament analgèsic de les guies i protocols

- Les guies/protocols tenen **poca aplicabilitat** a la consulta diària perquè són molt generalitzades i no reflecteixen o no representen en la seva majoria el pacient amb les seves particularitats (pacient gran, fràgil, polimedicat).
- **Falta de temps** assistencial en la informació de la planificació terapèutica als pacients (expectatives, efectes secundaris...) Concepte erroni de dolor zero.
- Potenciar la **relació metge-pacient** com a pilar per a la construcció d'un projecte de millora en la percepció del dolor.
- **Pautes analgèsiques** dels protocols: evitar les pautes a demanda.

## 2-Tractament analgèsic de les guies i protocols. AINES

- Evitar la **cronificació dels tractaments amb AINES**. Es justificarien només en algunes malalties reumatològiques com les espondiloartropaties, a diferència del que podem observar en molts plans de medicació.
- La **via oral** és l'opció més adequada. Es reservaria la via intramuscular a les situacions on la oral estigui compromesa, tot i l'ús estès que sembla fer-se d'ella a nivell dels serveis d'urgències.

## 3-Tractament analgèsic de les guies i protocols. OPIOIDES

*Què podríem fer per millorar l'adherència a les recomanacions internacionals d'ús d'opioides en dolor crònic no oncològic? És justificable desviar-nos en alguns casos de les dosis màximes de morfina o equivalents recomanades?*

- Millorar la **formació**, la **comunicació** entre serveis, i l'**accessibilitat** a les Unitats especialitzades.
- **Complementar** el tractament amb d'altres accions no farmacològiques (rehabilitació, psicoteràpia, visió comunitària, abordatge familiar).
- NO es justifica superar les dosis recomanades. **Monitoratge** dels pacients amb opioides i **individualitzar** els tractaments (*titulació, valoració de la dependència i la tolerància, prevenció i maneig dels seus efectes 2<sup>a</sup> i la informació al pacient i cuidadors*).
- Conceptes de **sinergisme i rotació d'opioides**.
- **La reavaluació de l'efectivitat** que ha de ser una part important en el procés previ a la prescripció. També s'ha de considerar **la retirada gradual dels opioides**.

## 3-Tractament analgèsic de les guies i protocols. OPIOIDES

*Creieu que els fentanils ultrarràpids tenen indicació al DCNO. Fem un seguiment correcte?*

*Teniu quantificats i/o registrats a les vostres Àrees de treball pacients amb el diagnòstic d'addicció a opioides? Teniu circuit establert amb els centres de Salut Mental pel seu tractament de deshabitució? Realment tenim tants pacients addictes a opioide*

- ✓ Els riscos associats a la utilització d'opioïdes d'acció ràpida són rellevants (desenvolupar conductes addictives). Valorar a quines patologies i individualitzar el seu ús restringit.
- ✓ Als pacients d'alt risc s'hauria de considerar l'opinió d'un expert (psiquiatra o especialista en addicció) per revisar el tractament o derivació en cas de detecció d'un ús incorrecte.
- ✓ **L'addicció als opioïdes** no la tenim quantificada. El programa e-cap utilitza el mateix codi per "dependència als opioïdes" i per "dependència a la heroïna". No tenim cap circuit específic amb Salut Mental.



## **4-Tractament analgèsic de les guies i protocols. TRACTAMENTS TÒPICS AL DNP**

*Tipus de tractaments. Línies de tractament, experiències i indicacions*

- És necessari fer un diagnòstic correcte amb una exploració física concordant.
- El tractament del dolor neuropàtic perifèric requereix una individualització depenent de múltiples factors com comorbiditat, edat, grau de fragilitat i entorn familiar/social del pacient.
- Lidocaïna 5% té només indicació per la NPH i només s'utilitza com a 1<sup>a</sup> línia en pacients vulnerables o que no tolerin els efectes 2aris dels fàrmacs via oral. Off label s'utilitza en patologies amb alodínia.
- Capsaïcina 8%. Desconeixement sobre la possibilitat d'aplicació o si requereix àmbit hospitalari exclusiu. Manca de recursos per poder aplicar certs tractaments com els pegats de capsaicina tant a nivell estructural com de recursos humans.



Moltes gràcies

*#forumdolor2021*