APROBAT
Director medical

Bucur Antoaneta

DATA APROBĂRII
26.01.2022

INSTITUTUL NAȚIONAL DE GERONTOLOGIE ȘI GERIATRIE "ANA ASLAN"

București, str. Căldărușani, nr. 9, sector 1, cod poștal 011241
Tel: 031 805 93 01 – 05: Fax. 021 223 14 80
E-mail: geriatrie@ana-aslan.ro; secretariat@ana-aslan.ro
Web-site: http://www.ana-aslan.ro

O. PREFAȚA

1 TITLU

PROTOCOL DE MANAGEMENT PRIVIND INSTITUIREA SI MONITORIZAREA TERAPIEI DURERII (AL UNEI STARI/SIMPTOM) Cod: PT.MED.10

Ediția II Revizia 0

Versiunea electronică aflată pe serverul spitalului este cea oficială. Orice copie electronică aflată pe alt suport sau orice versiune tipărită, alta decât exemplarul martor, sunt copii

2 COD BOALA
R.10.4

3 EDIȚIA – REVIZIA
Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor

Nr. crt.	Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
	1	2	3	4
1.	Editia I/Revizia 0	Integral	Audit clinic Autoevaluare activite Control intern managerial cf. OSGG nr. 600/2018	
2.	Ediția II/revizia 0			

4 COLECTIVUL CARE A ELABORAT/APROBAT PROTOCOLUL
Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediției sau, după caz, a reviziei în cadrul ediției protocolului

AVIZAT	ÎNREGISTRAT	APROBAT	ELABORAT
Președinte Comisie de Monitorizare (SCIM)	**SECRETARIAT TEHNIC SCIM**	**Director medical**	**Inițiatorul protocolului Responsabil protocol**
Dr. Purnichi Traian [redacted]	*Ec. Birsasteanu Sorin*	*Dr. Bucur Antoaneta*	*Dr. Dragomir Adriana* [redacted] ... 19.01.2022 ..... **Farmacist clinician** ...**Marinescu** [redacted] **Simona**.....
Data: 25.01.2022	**Data:** 25.01.2022	**Data:** 25.01.2022	**Data:** 19.01.2022

Jurist: **Stavăr Ionuț**	**Viza juridică pentru conformitatea actelor juridice invocate** [redacted]	**Semnătura ...** [redacted] **Data** ...15.01.2022.....

5. Prezentul proctocol intră în vigoare începând cu data aprobării și anulează protocolul anterior [redacted]

6. Cuprins

Nr. ctr.	Denumirea componentei din cadrul protocolului
0.	Prefata
1.	Titlul protocolului
2.	Codul bolii
3.	Editia - revizia
4.	Colectivul care a elaborat/aprobat protocolul
1.	Cuprins
2.	Definitii – abrevieri ale termenilor
3.	Abrevieri
I.	Partea introductiva (scop, domeniu de aplicare, nivel de asistenta, documente de referinta)
II.	Descrierea protocolului (anamneza, tablou clinic, investigatii paraclinice, tratament – conduita de urgenta, evolutia, monitorizare, tratament faza 2, complicatii, criterii de transfer, criterii de stabilizare)
III.	Resurse umane si materiale
IV.	Conditii de abatere de la protocol
V.	Diagrama
VI.	Indicatori de monitorizare
VII.	Bibligrafie
	Controlul protocolului
VIII.	Anexa nr. 1 - **Fisa de evaluare a intensitatii durerii.**

7. DEFINIȚII ALE TERMENILOR

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau (dacă este cazul), actul care definește termenul
0	01	02
1.	*Ghiduri clinice*	Recomandări naționale, internaționale. Sunt elaborate de societățile de profil și sunt limitate pentru un anumit număr de afecțiuni.
2.	*Dicționarul Oxford*	Protocolul definește reguli și formalități de îndepinire a unei proceduri.
3.	*Protocol medical*	Set de recomandări pentru rezolvarea unei probleme clinice, ghid în îngrijirea pacientului sau sprijin medical în efectuarea unei proceduri.

8. ABREVIERI ALE TERMENILOR

Nr. crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	SMCSS	Serviciul de Management al Calității Serviciilor Medicale
2.	SCIM	Sistemul de Control Intern Managerial
3.	IASP	International Association for the Study of Pain
4.	OMS	Organizația Mondială a Sănătății
5.	SAV, VAS	scala analog-vizuala/ visual analog scale

I. PARTEA INTRODUCTIVA:

I.1. DEFINITIE

Durerea este, conform IASP, „o senzație și o experiență senzitivă și emoțională neplăcute asociate cu o leziune tisulară existentă sau potențială, sau descrisă ca o astfel de leziune" (Merskey, 1986).
Scopul tratamentului durerii este imbunatatirea functionarii, permitand individului sa lucreze, sa mearga la scoala sau sa participe la alte activitati zilnice.
Este necesar sa se faca distinctie intre durerea acuta si durerea cronica, deoarece au caracteristici diferite.
Durerea acută este sugestiva, din punct de vedere biologic, pentru o distrucție tisulara cu potențial de gravitate.Ea este, de fapt, un semnal de alarmă al organismului, menit să-i permită oprirea unei activitați distructive, facilitând astfel procesul regenerator.
Durerea acuta rezulta in cea mai mare parte din boala, inflamatie sau lezare a tesuturilor. Cauza durerii acute poate fi de regula diagnosticata si tratata, iar durerea este autolimitativa, adica este limitata la o perioada de timp si la o anume severitate. In unele cazuri rare, ea poate deveni cronica.

Durerea cronica poate avea la origine o trauma initiala (o leziune sau o infectie) sau poate exista o cauza permanenta a durerii. Totusi, unii oameni sufera de durere cronica in absenta oricarei leziuni trecute sau a oricarei dovezi de leziune corporala.

Ea poate fi agravata de catre factorii de mediu si cei psihologici. Durerea cronica persista o perioada de timp mai lunga decat durerea acuta si este rezistenta la majoritatea tratamentelor medicale. Semnalele dureroase raman active si asociaza efecte emotionale precum depresie, suparare, anxietate si teama de reimbolnavire.

Durerea apare ca simptom intr-o gama variata de afectiuni si uneori este greu de identificat o relatie clara de cauzalitate. De aceea, terapia durerii poate necesita consultarea unei echipe interdisciplinare, provenind din multiple specialitati: neurologi, oncologi, reumatologi, psihologi, fizioterapeuti, medici de reabilitare medicala, medici de terapie intensiva etc.

Breakthrough (durere în puseu).

PUSEU DUREROS VERSUS DURERE INCIDENTĂ

• Puseu dureros - accentuare, vârf de durere; creștere spontană temporară a intensității durerii pe un fond de durere cronică tratată (de regulă cu analgezice opioide) fără a putea identifica un factor declanșator

• Durere incidentă - puseu dureros la care se cunoaște factorul declanșator (ex. durere la mobilizare, deglutiție, tuse, micțiune etc.)

I.1. Scopul redactării protocolului, indicatorii de performanță clinică

Asigurarea tratamentului adecvat împotriva durerii, pentru a crește calitatea vieții pacientului si indeplinirea indicatorilor de perfomanta stabiliti de spital.

I.2. DOMENIUL DE APLICARE:

Protocolul se aplică la:

I.2.1 Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu ~~(specialitățile~~

Ambulatoriu integrat/de specialitate: in toate specialitatile medicale.

I.2.2 Nivel de asistență medicală spitalicească (inclusiv specificarea secțiilor)

Spitalizare continua: in toate sectiile medicale.

I.3. Documente de referință (reglementări) aplicabile protocolului

Procedura operationala privind elaborarea si implementarea protocoalelor medicale –PO.MQ.02.

Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 298/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind monitorizarea procesului de implementare a sistemului de management al calitatii serviciilor de sanatate si sigurantei pacientului;

1.3.1. Ghiduri europene in vigoare:

1.3.2. Ghiduri nationale (ultimii 3-5ani):

1.3.3. **Site-uri de referinta: Uptodate, e-medicine**

1.3.4. Referinte din jurnalele internationale din ultimii 5 ani:

II. DESCRIEREA PROTOCOLULUI, A METODELOR, A TEHNICILOR SI A PROCEDURILOR

Diagnostic clinic rapid:

II.1 Anamneza

Durerea este cel mai frecvent simptom de boală.

Căile percepţiei dureroase:

Stimulii senzoriali de la nivelul pielii si organelor acţionează asupra terminaţiilor neuronilor din rădăcinile spinale dorsale sau din nucleii nervilor cranieni şi după sinapsă la nivelul cordoanelor şi căilor ascendente din bulb ajung la talamus şi cortex.

Există un sistem indirect, conectat cu formaţiunea reticulară din trunchiul cerebral, cu proiecţii prin talamus şi în sistemul limbic.

Transmiterea durerii este controlată la nivelul coarnelor dorsale prin căi descendente bulbospinale care conţin serotonină,noradrenalină, neuropeptide.

Asupra mecanismului fiziopatologic de transmitere a durerii există teorii cum sunt cea a specificităţii, adică transmiterea durerii prin receptori specifici, sau teoria porţilor prin care mecanismele de control a durerii se află în substanţa gelatinoasă din cornul posterior al măduvei spinării.

Astfel, impulsurile senzitive se transmit la scoarţă când porţile sunt deschise prin fibre subţiri (fibre A, δ şi C). Fibrele groase (fibre β) transmit impulsurile cu viteză mare şi realizează închiderea porţii. Astfel se explică metodele de acupunctură – stimulare transcutană, presopunctură – masaj. Acupunctura activează fibrele groase. Substanţele medicamentoase care modifică percepţia dureroasă prin reducerea inflamaţiei tisulare sunt glucocorticoizii, antiinflamatoarele nesteroidiene de sinteză ca şi narcoticele sau analgezicele majore care întrerup transmiterea durerii.

Durerea poate fi de origine somatică – cutanată, tisulară, articulară, musculară.

Durerea neuropatică este caracteristică leziunilor nervilor căilor spinale, talamice.

Evaluarea durerii:

– este necesară comunicarea cu pacientul, pentru obţinerea informaţiilor necesare evaluării durerii si se completeaza **Fisa de evaluare a intensitatii durerii, din Planul de management de caz, scala VAS;**

-se referă la debut, orarul apariţiei, localizare,descrierea caracterului durerii, modalităţi de adaptare cu poziţii antalgice, mişcare,repaus.

Intensitatea durerii – instrumente pentru evaluarea durerii :

– scala analog-vizuală de la 1 la 10

- modul în care durerea afectează activitatea pacientului, afectarea stării emoţionale a pacientului
- medicaţia urmată (dacă a folosit metode complementare: acupunctură, presopunctură,terapii de relaxare, psihoterapie)
- modalităţi şi instrumente pentru evaluarea durerii (se referă la intensitatea durerii cu ajutorul unor scale de durere)

Tratamentul medicamentos OMS a stabilit trei nivele de analgezie:

1.durere uşoară – cu administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene (aspirina,ibuprofen, indometacin), antialgice (algocalmin);
2.durerea severă – cu administrare de antialgice de tipul opioidelor uşoare(tramadol);
3.durerea agravată – cu administrarea de morfină şi derivaţi.(nu in serviciul nostru)

II.2 Tabloul clinic – examenul obiectiv

Durerea cronică

Diagnosticul este dificil, durerea cronică este însoţită la pacient şi de tulburări afective.Poate fi produsă şi menţinută printr-o serie de factori: artrite, artroze, cancer, neuropatia diabetică.

Se aplică tratamente multidisciplinare, medicaţie, consiliere, balneo-kineto-terapie, blocante nervoase, procedee ca acupunctura, neurostimulare transcutană, presopunctură şi intervenţii chirurgicale în unele situaţii.

Percepţia durerii este reprezentată de pragul se sensibilitate şi nivelul de toleranţă.Variaţiile individuale sunt largi. Pragul de sensibilitate scade în condiţii de anxietate, depresie, izolare, abandon social. Acest prag creşte când pacientul este odihnit, are somn suficient, cu stare de spirit favorabilă, optimist.Durerea poate fi emoţională, cauzată de teamă, anxietate, depresie. Durerea spirituală rezultă din pierderea încrederii, a scopului şi a sensului vieţii. Durerea fizică este cauzată de boală sau complicaţii ale bolii. Conceptele de mai sus se referă mai mult la durerea cronică.

CLINIC

1. Durere neuropatica
   - durerea post AVC
   - nevralgia
   - Ex. disestezie, hiperalgezie, allodinie
2. Durerea mixta
   - durerea neoplazica
   - lombalgia cu radiculopatie
   - radiculopatii cervicale brahiale
   - sindromul de tunel carpian
3. Durerea nociceptiva
   - durerea inflamatorie
   - durerea secundara fracturilor
   - durerea din artroze
   - durerea postoperatorie

Medicul trebuie informat despre:

- momentul apariţiei durerii, cum este resimţită de către pacient, durata ei şi orice variaţii ale intensităţii acesteia. Pentru o descriere cât mai exactă a caracterului durerii, se recomandă folosirea unor cuvinte ca de exemplu: durere uşoară, continuă, surdă, sfâşietoare, bruscă, arsură etc.
- localizarea exactă a durerii: pentru o localizare cât mai exactă, din punct de vedere anatomic, se poate folosi o schemă corporală; medicul trebuie informat dacă durerea este prezentă doar într-un

singur loc, dacă se mută de la un loc la altul (iradiază) sau dacă este prezentă în mai multe locuri în același timp - factorii care ameliorează sau agravează durerea
- existența altor simptome
- efectul pe care îl are asupra altor activități zilnice uzuale

Intensitatea și severitatea durerii se pot aprecia cu ajutorul unei scale gradate de la 0 la 10, unde 10 reprezintă durerea atroce, resimțită de pacient la cea mai mare intensitate posibilă.

Intensitatea durerii se măsoară folosind instrumente validate științific, aspect important atât pentru monitorizarea tratamentului cât și pentru comunicarea eficientă între medici. Durerea unui pacient se măsoară convențional folosind scale. Aceste scale se folosesc pentru pacient, nu se implică aparținătorii.

Existand cateva categorii de pacienti pentru care nu se poate face o evaluare verbala a durerii: pacientii diagnosticalti cu dementa in stadiu avansat, pacientii cu sechele AVC. Pacientii care nu pot comunica sunt la mare risc de a nu avea un tratament adecvat al durerii si disconfortului lor. Pentru pacientii care nu pot comunica se poate aplica scala analoga de mai jos:

Instrumente vizuale pentru evaluarea durerii

Pentru scala analog vizuală (VAS) pacientul plasează un cursor care indica intensitatea durerii, așa cum o resimte el, pe o linie orizontală între doua extreme: una este reprezentată de absența durerii iar cealaltă de cea mai mare intensitate posibilă pe care și-o poate imagina.

Pentru scala numerică pacientul cuantifică el însuși intensitatea durerii resimțite, pe scala de la 0 la 10, între extremele descrise mai sus. Scalele de la 0 la 10 se pot folosi și ca scale de apreciere a gradului de calmare a durerii și pot da o imagine mai sensibilă a diferențelor dintre diferitele medicamente folosite sau între doze diferite ale aceluiași medicament.

II.3 Investigațiile paraclinice de urgență, inclusiv criteriile de stabilire a ierarhizării investigațiilor necesare / imediate

Laborator:

În ceea ce privește examenele paraclinice, este universală recomandarea ca pacientul să nu fie supus unor investigații inutile, care i-ar putea agrava suferința (inclusiv în ceea ce privește aspectul financiar). Orice investigație paraclinică își poate dovedi utilitatea numai dacă rezultatul ei ar putea conduce la schimbări în ceea ce privește tratamentul.

Hemoleucograma, teste de inflamatie (VSH, PC), functie hepatica (transaminaze), functie renala (creatinina si/sau acid uric), examen urina (sumar)
EKG
Consulturi de specialitate: neurologie, ORL, etc, in functie de particularitatea cazului
IMAGISTIC:
Radiografii de coloana vertebrala si/sau osteoarticulare ale segmentelor /articulatiilor afectate
Ecografie osteoarticulara (la decizia medicului curant si in functie de particularitatea cazului)
CT/RMN al segmentului afectat, la decizia medicului curant si in functie de particularitatea cazului.

II.4 Tratamentul
II.4.1. Conduita/tratamentul de urgenta
TRATAMENTUL DURERII ACUTE
Durerea acută trădează, din punct de vedere biologic, o distrucție tisulară cu potențial de gravitate. Este, de fapt, un semnal de alarmă al organismului, menit să-i permită oprirea unei activități distructive, facilitând procesul regenerator.
Durerea acuta rezulta in cea mai mare parte din boala, inflamatie sau lezare a tesuturilor. Acest tip de durere apare in general brusc, de exemplu dupa traume sau interventii chirurgicale, si poate fi insotit de anxietate sau stres emotional.
Cauza durerii acute poate fi de regula diagnosticata si tratata iar durerea este autolimitativa, adica este limitata la o perioada de timp si la o anume severitate. Durerea acuta poate fi cauzata de multe evenimente sau circumstante, incluzand: oase rupte, arsuri sau taieturi.
Tratament: antialgice = antiinflamatoare non - steroidiene + derivati de morfina + analgezice + adjuvante + paracetamol.

- Analgezia trebuie să fie simplă, evitând polipragmazia
- Folosim administrarea orală de câte ori este posibil
- Tratăm profilactic efectele secundare
- Administrarea antialgicelor se face regulat, la ore fixe, cu suplimentare pentru puseurile dureroase
- Tratamentul medicamentos trebuie făcut conform scării de analgezie OMS

II.5 Evoluție, monitorizare – evaluarea eficienței medicației de urgență
Investigații ulterioare (se fac după etapa critică) pentru precizare de diagnostic sau evaluarea complicațiilor injuriei acute sau a co-morbidităților.
In 2006, Societatea Americana pentru Managementul Durerii a emis cateva recomandari pentru evaluarea durerii la pacientii mentionati mai sus, trasand cateva principii generale:
- incercarea obtinerii unei evaluari proprii in cazul pacienlilor la care capacitatea de comunicare nu este afectata in totalitate, chiar daca aceasta inseamna un simplu raspuns da/nu;
- cautarea potentialelor cauze de durere - anumite proceduri sau manevre medicale uzuale (recoltarea de probe biologice, pansarea escarelor, mobilizarea pacientului etc.) pot provoca durere;

in aceste cazuri, simpla folosire a unui analgezic inainte de efectuarea manevrei respective poate ii utila;
- observarea comportamentului pacientului - pozitia, mimica, sunetele scoase etc; acestea nu sunt insa intotdeauna reflectii exacte ale intensitatii durerii;
- oblinerea de informatii de la familie/persoane apropiate pacientului: familiile trebuie incurajate sa participe la evaluarea durerii persoanei dragi lor;
- folosirea unui tratament empiric si observarea efectului acestuia pe termen scurt si lung; trebuie redusa Ia minimum folosirea indicilor fiziologici (tensiunea arteriala, ritmul cardiac, rata respiratorie) in evaluarea durerii, acestia nefiind sensibili in diferentierea durerii de alte posibile cauze de stres.
Evaluarea durerii la pacienlii cu dementa
La pacientii cu dementa, recomandarile sunt urmatoarele:
- incercarea unei autoevaluari la cei in stadii incipiente (imposibila pentru pacientii cu dementa avansata);
- identificarea posibilelor cauze de durere sau disconfort;
- in general, problemele neurologice/musculoscheletale sunt principala cauza, de durere cronica, dar trebuie cautate si cauze de durere acuta (infectii urinare, pneumonii, escare);
- observarea comportamentului pacientilor (expresia faciala, vocalizarea, miscarile, schimbarile obiceiurilor etc.);
- in acest sens, au fost adoptate o serie de instrumente de masurare a durerii;
- dintre acestea, scalele cu cea mai mare utilitate clinica s-au dovedit a fi ADD (Assessment of disconfort in dement ia - Kovach si eolab. lggg.2OOl,2002); CNpl (Checklist ofnonverh al pain indicators - Peldt, 2000; Feldt si eolab. 1998; Jones si eolab.. 2005):
- implicarea familiei si a apropiatilor care pot oferi informatii utile in incercarea de evaluare a durerii pacientului;
- incercarea administrarii unui tratament antialgic in functie de intensitatea estimata, a durerii.
- observarea comportamentului pacientilor - expresia faciala, grimasele, gemetele (de remarcat faptul ca lacrimarea pot fi semne ale raspunsului autonom la disconfort).
- initierea unui tratame analgezic daca este suspectata durerea.

II.6 Tratament faza 2 – de durată și stabilizare până la ieșirea din faza critică/acută
TRATAMENTUL DURERII CRONICE
Durerea cronica este larg privita ca reprezentand boala insasi. Ea poate fi mult inrautatita de catre factorii de mediu si cei psihologici. Durerea cronica persista o perioada de timp mai lunga decat durerea acuta si este rezistenta la majoritatea tratamentelor medicale. Ea poate si adesea chiar cauzeaza probleme grave pentru pacient. Semnalele dureroase raman active in sistemul nervos timp de saptamani, luni sau ani. Efectele fizice includ tensiunea musculara, mobilitatea limitata, lipsa de energie si schimbari in pofta de mancare. Efectele emotionale includ depresie, suparare, anxietate si teama de reimbolnavire.
Acuzele frecvente de durere cronica includ:

Durerea de cap
Durerea dorso–lombara
Durerea legata de cancer
Durerea artritica
Durerea neurogena (durerea rezultata din lezarea nervilor)
Durerea psihogena (durere datorata nu unei boli trecute sau leziuni sau vreunui semn vizibil de leziune interioara)
Durerea cronica poate avea la origine o trauma initiala/leziune sau infectie sau poate exista o cauza permanenta a durerii.

Durerea cronica si cronica acutizata:

Primul pas în tratamentul durerii îl reprezintă o evaluare minuţioasă a durerii, pentru a determina tipul, intensitatea şi toate dimensiunile acesteia (fizică, funcţională, psihosocială şi spirituală).

Al doilea pas in terapia durerii il constituie alegerea tratamentului antialgic, in functie de intensitatea durerii, in conformitate cu scara de analgezie concepută în 1980 de Organizaţia Mondială a Sănătăţii.

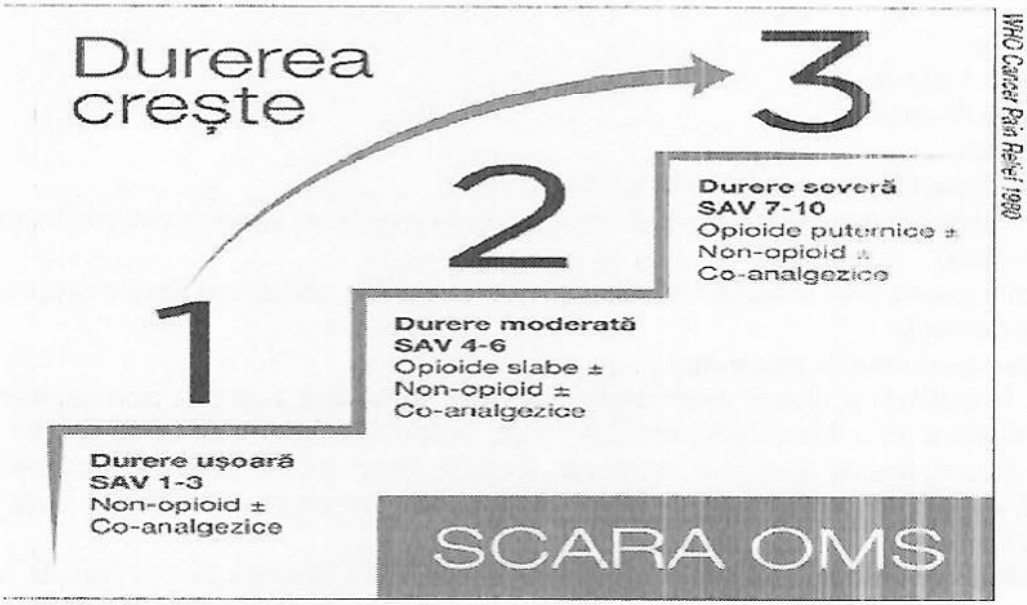
Scara de analgezie concepută în 1980 de Organizaţia Mondială a Sănătăţii descrie paşii de folosire a terapiei antialgice în funcţie de intensitatea durerii. Pornind de la cele trei tipuri de durere (uşoară, moderată şi severă), scara de analgezie OMS clasifică medicaţia antialgică pe trei trepte:

- Treapta I – antialgice neopioide (antiinflamatoarele nesteroidiene şi paracetamolul);
- Treapta II – antialgice opioide slabe (opioide de treapta a doua);
- Treapta III – antialgice opioide puternice (opioide de treapta a treia).

Durerea poate fi controlata prin utilizarea schemei terapeutice in trei trepte conform OMS, in functie de intensitatea durerii:

-treapta I de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + adjuvante
-treapta II de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + derivati de morfina (tramadol/ DHC) + adjuvante
-treapta III de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + derivati de morfina (tramadol/ DHC)

Aceste medicamente trebuie administrate urmand prescriptia medicala si prospectele medicale. Nu se recomanda administrarea de antiinflamatoare nesterioidiene fara prescriptie medicala mai mult de 10 zile fara a consulta medicul curant



• Treapta I se poate combina cu treapta II sau III
• Treapta II şi III nu se pot combina între ele
• Opioidele de pe treapta III nu au doză maximă ci doză optimă eficientă

1. ***Prevenirea sensibilizarii nociceptorilor periferici*** - AINS (neselective, inhibitori selectivi COX-2), corticosteroizi, opioizi, antihistaminice
2. ***Intreruperea transmiterii neuronale a semnalului nociceptiv*** - Anestezice locale, antiepileptice
3.***Modularea mesajului nociceptor la nivelul maduvei si/sau creierului*** - Opiozi, Antidepresive triciclice, paracetamol, AINS neselective, inhibitori selectivi COX-2

Tratamentul non-farmacologic: metode fizioterapice, kinetoterapice, psihoterapice,

Recomandare de tratament chirurgical in cazurile depasite din punct de vedere farmacologic.

TRATAMENTUL IN DUREREA NEUROPATA

Durerea neuropata poate fi:

- De cauza periferica
  - polineuropatia dureroasa (diabetica si nondiabetica)
- nevralgia postherpetica
- nevralgia trigeminala
- De cauza centrala, secundara unui AVC, S.M., traumatism spinal
- De etiologie multipla

Polineuropatia dureroasa

1. Nivel A de eficacitate:

- Duloxetina
- Gabapentina

- Venlafaxina ER

2. Nivel B de eficacitate

- Gabapentina
- Venlafaxina ER
- Levodopa

3. Nivel C de eficacitate

- Carbamazepina
- Fenitoina

Nevralgia postherpetica

1. Nivel A de eficacitate:

- Gabapentina
- Pregabalina

2. Nivel B de eficacitate:

- Valproat

Nevralgia trigeminala

1. Nivel A de eficacitate

- Carbamazepina

2. Nivel B de eficacitate

- Oxcarbamazepina

Durerea centrala

1. Nivel A de eficacitate

- Pregabalina

2. Nivel B de eficacitate:

- Lamotrigina
- Opioide.

In spital se trateaza durerea ca si durere acuta si durerea cronica.

II.7 Complicații: descriere, diagnostic, modificare de conduită de urgență, prognostic imediat
Complicatiile cele mai frecvente sunt:
PRINCIPIILE MANAGEMENTULUI EFECTELOR SECUNDARE ALE OPIOIDELOR
- Efectele adverse ale opioidelor se ameliorează în general de-a lungul timpului, excepție făcând constipația, xerostomia. Maximizați intervențiile nonfarmacologice și medicația non-opioidă pentru limitarea dozei opioidelor și tratați efectele adverse. Dacă efectele adverse persistă, luați în considerare intreruperea opioidelor.

- Este necesară evaluarea multisistemică.

CONSTIPAȚIA

- **Măsuri preventive**
  - Medicație profilactică

- Laxativ stimulant ± medicamente de înmuiere a scaunului (ex. Bisacodil ± lactuloză, 1-2 tablete în fiecare seară; maximum 6-8 tablete pe zi, lactuloză 15 ml maxim 90-120 ml/zi).
- Creşterea dozelor de laxative odată cu creşterea dozei de opioide o menţinerea unui consum adecvat de fluide
- Menţinerea unui consum adecvat de fibre în dietă. Este improbabil ca unii compuşi conţinând fibre să controleze constipaţia indusă de opioide şi nu sunt recomandaţi,
- Exerciţiul fizic, dacă este fezabil

TULBURĂRI MOTORII ŞI COGNITIVE

- Studiile au arătat că nu este probabil ca dozele stabile de opioide (> 2 săptămâni) să interfereze cu funcţii psihomotorii şi cognitive, dar aceste funcţii ar trebui să fie monitorizate în timpul administrării şi titrării analgezicelor.

Urgenţă imediată - pentru evaluare imediată

· Instalarea acută a dereglărilor sfincteriene intestinale sau a vezicii urinare (retenţie sau incontinenţă)
· Dureri de spate posttraumatice
· Instalarea acută inexplicabilă a slăbiciunii în picioare

Urgenţă relativă - consultaţie în termen de 24 de ore:

· Febră 38 ° C cu durata mai mult de 48 de ore
· Durere severă nocturnă sau durere în repaus
· Durere severă necontrolabilă de spate sau în picior
· Durere progresivă cu amorţeală sau slăbiciune în picior/picioare distal (mai jos de genunchi)
· Deficit neurologic progresiv

Prognostic bun daca terapia farmacologica, kinetoterapia si fizioterapia sunt utilizata cu promptitudine. In caz de accentuare a simptomatologiei, este necesara interventia chirurgicala.

II.8 Criteriile de transfer în alt spital de rang superior

In functie de modul de producere a durerii, pacientul va fi transferat ca si pacient critic sau va fi indrumat cu recomandare de internare la un spital de rang superior, atunci cand resursele spitalului sunt depasite (ex. Durere cu afectare neurologica care necesita interventie neurochirurgicala, etc).
Daca semnele si/simptomele sunt amenintatoare de viata si spitalul este depasit ca si limita de competenta pacientul va fi transferat ca si pacient critic.

II.9 Criteriile de stabilizare

- Medicul curant va examina pacientul si va aprecia gradul de durere, pe baza patologiei, a semnelor clinice si/sau a scalelor standardizate de intensitate a durerii, aplicand fisa de avaluare a durerii (anexa 1)
- Medicul curant va indica in F.O.C.G. analgezicul/ analgezicele, dozele precum si intervalul de administrare.
- Medicul curant va indica in F.O. parametrii de monitorizat, precum si intervalul la care considera necesara monitorizarea (de exemplu ; TA, AV., aparitia sau nu a greturilor si varsaturilor).
- Asistenta va administra medicatia indicata.

- Asistenta va efectua monitorizarea indicata.
- Dupa prima administrare a analgezicului, medicul curant va reevalua intensitatea durerii, eventuala aparitia a reactiilor adverse si va decide fie continuarea tratamentului initiat, fie va elabora o alta schema.

III. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE

III.1. Resurse umane, competențe necesare

- Spitalizare continuă/ambulator:

III.1 Resurse umane: - medici specialisti si primari, asistente medicale, infirmiere

III.2 Resurse materiale, echipamente medicale: - calculatoare, medicamente, materiale sanitare, echipamente radiologice.

IV. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

IV.1 Reglementări juridice

IV.2 Nivel de competență,

IV.3 Studii clinice derulate în spital aprobate de către Comisiile de etică, care permit abaterea de la protocol

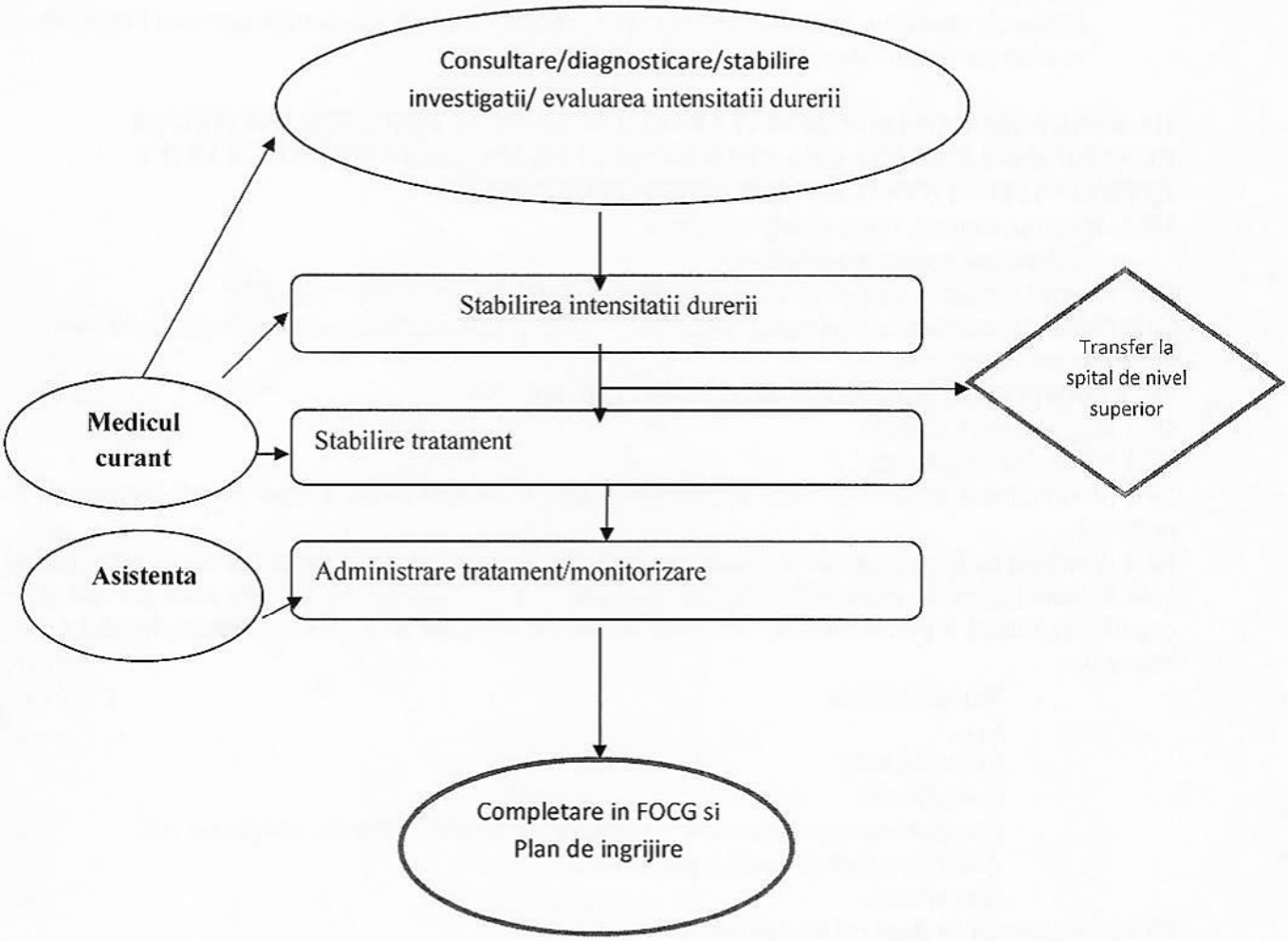
IV.4 Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- Vârste extreme;
- Sex;
- Comorbidități;
- Complicații;
- Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- Atitudinea față de boală a pacientului;
- Alte situatii.

Se vor consemna in dosarul pacientului!

Responsabilitate legală: ***în caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului***

V. DIAGRAMA – ALGORITM – care sa fie usor de inteles si urmat de catre fiecare membru al echipei medicale. Pe aceasta diagrama se pot stabili indicatorii de monitorizare.



VI. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI LA NIVELUL SPITALULUI

Se vor elabora pe baza diagramei (structura de la care se porneşte, etapele constituind procesul, la sfârşit existând rezultatul)

VI.1 Indicatori de eficacitate:

- structura
- proces

VI.2 indicatori de eficienţă:

- rezultat
-

Formularul de evaluare şi monitorizare a indicatorilor generati de protocol:

DENUMIRE INDICATOR – STANDARDUL PROPUS – MASURAREA ATINGERII SCOPULUI Cod sectie - 1121		SCOPUL MASURAT AL PROTOCOLULI
Indicatori de eficacitate(structura/proces):	**Standard propus:**	A facilita diagnosticarea. A spori calitatea tratamentului acordat pacientilor. A preveni EAAM
% internări cu programare	100%	
% pacienţi cu diagnostice secundare	96,90%	
% pacienţi decedaţi la 24 ore de la internare	0,03%	
% pacienti internati cu bilet de trimitere	99%	
% pacienţi externaţi prin deces	0,10%	
Indicatori de eficienta (rezultat):	**Standard propus:**	
DMS	12,8	
% pacienţi transferaţi către alte spitale	0,10%	
Indice de concordanţă diagnostic internare - diagnostic externare	0,99(99%)	
Cost mediu pe zi de spitalizare	700	
Numar analize protocol/an	2	

VII. BIBLIOGRAFIE:

Ghidurile Federatiei Europene a Societatilor de Neurologie pentru diagnostic si tratament al.Bolilor neurologice, editura Medicala Amaltea

Copyright 2017 Asociaţia Internaţională pentru Studiul Durerii. Toate drepturile rezervate.

ERAS Society

Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition, 2015) published by Australian and New Zealand College of Anesthetists and its Faculty of Pain Medicine

CONTROLUL:

Prezentul protocol se evaluează semestrial/anual și se revizuiește anual sau ori de câte ori este nevoie, conform procedurii operationale de evaluare și îmbunătățirea procedurilor și protocoalelor.

AUDITURI:

Audit (intern si/sau clinic) - Analiza activităților, din punct de vedere al eficienței și eficacității, se face conform procedurii *operationale de audit clinic.*

Analiza/audit riscuri - Analiza riscurilor generate de aplicarea protocolului se efectueaza conform procedurii de sistem privind managementul riscurilor.

Comisia de Etică poate solicita controlul desfășurării activități descrisă în protocol.

Alte autorități competente, pot solicita controlul modului de desfășurare a activității.