

VIATA MEDICALĂ

publicație săptămânală

fondator

dr. MIHAEL MIHAILIDE

EDITOR

medichub
 RITMUL LUMII MEDICALE

REDACȚIA
redactor șef

dr. AUREL F. MARIN

secretar general de redacție

DAN DUMITRU MIHALACHE

redactori

dr. ROXANA DUMITRIU,
 MONICA GEORGESCU,
 DIANA E. MĂRCULESCU,
 dr. OTILIA RADU

colaboratori permanenți
 dr. RALUCA BULEA, dr. MIHAI G. CĂLIN,
 dr. MONICA-EMILIA CHIRILĂ, C. CIOȘU,
 prof. dr. ALEXANDRU VLAD CIUREA,
 dr. RICHARD CONSTANTINESCU,
 dr. CAMELIA CRISTINA DIACONU,
 dr. GABRIEL DIACONU,
 prof. dr. DAN L. DUMITRAȘCU,
 ADRIAN GHEORGHE, dr. RADU GOLOGAN,
 prof. dr. GABRIEL M. GURMAN,
 dr. NICOLAE-IORDACHE IORDACHE,
 dr. MARTIN S. MARTIN, ALEXANDRA MIHAI,
 prof. dr. FLORIN MIHĂLȚAN, IFTIMIE NESFĂNTU,
 dr. CĂTĂLINA PANAITESCU,
 dr. VIOLETA PĂTRAȘCU,
 acad. CONSTANTIN POPA,
 prof. dr. MIRCEA-IOAN POPA,
 PAULA ROMANESCU, CANDID STOICA,
 dr. VLAD STROESCU, DEMOSTENE ȘOFRON,
 dr. MARIUS I. UNGUREANU,
 dr. SORINA VASILE, dr. FLORINA VÎRNĂ,
 conf. dr. CORNELIU ZEANA

tehoredactare

GINA MANCIU

corectură

CONSTANȚA MARINESCU

SECRETARIAT

 DANIELA RADU,
 BERTA ALEXE

MARKETING-PUBLICITATE

 MARIANA MINEA,
 MIRELA DUMITREAN

FINANCIAR-CONTABILITATE

 ALINA PANAITESCU,
 MARIA STEMATE,
 TATIANA ICHIMESCU

adresa:

 Green Gate,
 bd. Tudor Vladimirescu nr. 22, etaj 11,
 sector 5, București

telefon: 021.315.61.09;

fax: 021.315.69.80;

publicitate: 0729.729.737

e-mail: redactia@viata-medicala.ro

website: www.viata-medicala.ro

ISSN 1220-5354

 Tiparul executat de RINGIER PRINT
 Chitila Logistic Park; tel.: 0729.729.269

ABONAMENTE

În perioada 1–20 a fiecărei luni, la **toate oficiile poștale** din țară, se pot încheia abonamente la „Viața medicală” până la sfârșitul anului 2018. În Catalogul de presă al Poștei Române, „Viața medicală” figurează la nr. 19078. Abonamentele se pot încheia și direct în redacție, pe toată durata lunii, pentru o perioadă de 1, 3, 6 sau 12 luni.

Titlularii abonamentelor pe 12 luni sunt creditați astfel:

- membrii **Colegiului Medicilor din România – 5 ore de EMC;**
- membrii **Colegiului Medicilor Dentiști din România – 5 ore de EMC;**
- membrii **Colegiului Farmaciștilor din România – 10 ore de EFC;**
- membrii **OBBCCSR – 7 credite FPC;**
- membrii **OAMGMAMR – 5 ore de EMC.**

Detalii la tel: 021.315.60.60, de luni până vineri,

orele 9–15, sau prin

e-mail: abonamente@viata-medicala.ro

Conducerea săptămânalăului „Viața medicală” respectă opiniile titularilor de rubrică (persoane fizice sau juridice), ale colaboratorilor ocazionali și ale redactorilor săi, chiar dacă nu întotdeauna și le însușește, câtă vreme acestea sunt argumentate și exprimate într-un limbaj decent.

Deși considerată semn vital, durerea, în oricare din formele ei de manifestare, e rareori întâmpinată cu ușurare. Iar când durerea cronică se acutizează, toleranța individului la durere scade dramatic. Din acest motiv, aducerea la zi a informațiilor legate de durerea cronică acutizată din partea unui medic anestezist ar putea fi utilă. La urma urmei, clinicile durerii slujite de anesteziști investesc semnificativ în acest domeniu, suficient pentru a avea și rezultate.

Dimensiunea importanței tratării durerii

Federația europeană a durerii (EFIC) a organizat prima examinare pentru obținerea diplomei de medicina durerii chiar în 2017, la 1 aprilie, la Madrid.

Durerea cronică este durerea care persistă peste timpul normal de vindecare (estimat consensual la trei luni), durere lipsită de funcția de alarmare a nocipității fiziologice. Durerea cronică persistă de la trei până la șase luni (definițiile variază).

Recunoscută drept problemă majoră în SUA, durerea cronică merită prioritarizată la nivel global pentru că afectează o cincime din populația globului și constituie între 15 și 20% din motivele vizitelor medicale. Conform National Pharmaceutical Council din SUA, durerea cronică este asociată cu un grad redus de identificare a patologiei subiacente, care nu explică nici prezența, nici extinderea durerii. Ea este în general perpetuată de factori deja distanțați de cauza durerii și se poate manifesta în formă continuă sau intermitentă, cu sau fără exacerbări (acutizări). Hiperactivitatea vegetativă însoțește mai rar durerea cronică, spre deosebire de durerea acută, unde manifestările vegetative sunt frecvente și reflexele protectoare nu lipsesc (de exemplu, spasmul muscular). Iritabilitatea, retragerea socială, depresia, modificarea somnului, a apetitului, a libidoului, întreruperea relațiilor sociale și a activității sunt consecințe de anticipat în cazul manifestărilor durerii cronice.

Pentru anesteziști, durerea postchirurgicală este de cel mai mare interes. Incidența medie a durerii cronice postchirurgicale este estimată la 30%, cu variații în funcție de definiția durerii cronice și de tipul intervenției chirurgicale. Din acești pacienți, între 5 și 10% manifestă semne de afectare funcțională relevantă clinic. Un studiu recent (2015) a utilizat datele cuprinse în registrul european *Pain out*. Durerea pacienților a fost evaluată din prima zi postoperator, apoi la șase și 12 luni. Din cei peste trei mii de pacienți înrolați în prima zi, la șase luni au rămas o treime, iar la 12 luni aproape 900. A fost identificat un nou factor de risc pentru dezvoltarea durerii cronice postchirurgicale: durata durerii severe în primele 24 de ore. Apare, ca urmare, un obiectiv nou în tratamentul durerii – necesitatea minimizării intensității și duratei durerii în primele 24 de ore postoperator. Incidența europeană a durerii postchirurgicale moderată spre severă este de 11,8% la 12 luni, cu o componentă neuropatică de 39,2%.

PUBLICITATE

VENTILAȚIE, MONITORIZARE ȘI DEFIBRILARE ÎNTR-UN SINGUR APARAT

De-a lungul celor 25 de ani de activitate în România, compania DUTCHMED și-a revendicat încă de la început locul în topul celor mai mari distribuitori de echipamente medicale de înaltă performanță din țară, fiind unic distribuitor al unor companii internaționale precum Mindray (China), Atom Medical (Japonia), Acutronic (Elveția), Novalung (Germania) și alții.

Preocuparea pentru îmbunătățirea constantă a serviciilor medicale românești, prin dotarea instituțiilor medicale cu echipamente performante ale producătorilor de top continuă și anul acesta, prin introducerea pe piață a unui aparat unic care oferă soluții modulare în cazul situațiilor de urgență.

Caracterul modular și compact permite utilizarea acestuia atât în spital, în ambulanță, precum și pentru transportul intraspitalicesc. Aparatul reunește într-un singur echipament cele mai multe funcții de terapie intensivă precum ventilație de urgență, monitorizare și defibrilare. În felul acesta, medicii dispun de o **unitate universală care înlocuiește o gamă largă de dispozitive medicale**, având la îndemână o stație de terapie intensivă configurabilă pentru toate aplicațiile precinice și clinice, precum și module de tipul plug-in, bazate strict pe nevoile pacientului.

Printre beneficiile pe care le aduce medicilor se numără și **controlul central** (stație de andocare) pentru majoritatea funcțiilor de urgență, care le permite acestora să aibă acces neîntrerupt la datele pacientului, care sunt **centralizate și analizate** pentru diagnostic și terapie în stația centrală de monitorizare. Datele obținute pot fi comunicate apoi de lângă pacient altor medici din spital prin videoconferințe sau pot fi transferate prin LAN, Bluetooth, WLAN, aparatul oferind o interfață de utilizator unică pentru toate funcțiile critice de îngrijire, precum și funcții multimedia.

În ceea ce privește interacțiunea cu pacientul, aparatul are o funcționalitate și mobilitate ridicată, iar modulele rotative 180° ajută la o conectare rapidă a pacientului, indiferent dacă acesta este copil, adult sau nou-născut. Fiind un aparat PICK & PLUG, acesta elimină posibilitatea punerii în pericol a vieții pacientului prin comutarea de la un modul la altul sau riscul de inconșvență terapeutică nedorită dată de comutarea mai multor dispozitive. Astfel, prin conectarea neîntreruptă a pacientului, se câștigă nu doar timp, ci este asigurată și o monitorizare continuă a acestuia.



Interfața dată de ecranul cu diagonală de 15,6", multi-touch capacitive robust, precum și gestionarea alimentării pentru patru ore, suplimentat de două baterii de rezervă, face ca acest produs să poată fi folosit timp îndelungat și în situațiile de urgență care presupun mobilitate.

Punând la dispoziția medicilor un produs multifuncțional atât de necesar, DUTCHMED România își reafirmă rolul inovator în domeniul medical românesc, sprijinind medicii să obțină un act medical complet, corect și eficient.

Clasificarea durerii cronice

Noua categorie ICD pentru durerea cronică cuprinde cele mai frecvente tulburări relevante clinic, ordonate în șapte grupe. Ele sunt prezentate în cele ce urmează. Se impune consemnarea factorilor psihosociali și a severității durerii, aceasta din urmă fiind stabilită în funcție de intensitatea resimțită, de detresa pe care o provoacă și de afectarea funcțională. De altfel, în clinicile pentru durere se folosesc chestionare de evaluare cu mulți descriptori ai durerii grupați. Noua definiție fenomenologică a durerii cronice a apărut ca urmare a recunoașterii etiologiei numeroaselor forme de durere cronică.

Durerea cronică primară este definită ca durerea din cel puțin o regiune anatomică, care persistă sau recidivează peste trei luni, cu un semnificativ impact emoțional sau debilitare funcțională. Componenta de debilitare funcțională se manifestă prin interferența cu activitățile zilnice și cu asumarea rolurilor sociale și nu are altă explicație decât asocierea cu durerea. În această categorie intră următoarele tipuri de durere: durerea de spate a cărei cauză nu este musculoscheletică sau neuropatică, durerea cronică difuză, fibromialgia și sindromul colonului iritabil.

Durerea cronică neoplazică se referă la durerea cauzată de însăși tumora malignă (fie ea primară sau prin metastazele sale), dar și la cea cauzată de tratament (chirurgie, chimioterapie, radioterapie etc.). În funcție de localizare, durerea cronică neoplazică este subdivizată în: durere viscerală, osoasă sau musculoscheletică și somatosenzorială sau neuropatică. Ea se manifestă continuu (durere de fond) sau intermitent (durere episodică) dacă se asociază cu mobilizarea sau cu procedurile clinice.

Durerea postchirurgicală sau posttraumatică este o entitate definită în acest sistem de clasificare drept durerea dezvoltată după o intervenție chirurgicală sau o leziune tisulară (orice traumă sau arsură) care persistă cel puțin trei luni după evenimentul causal. Se va exclude orice altă posibilă cauză a durerii (infecție, recurență malignă), ca și orice altă durere preoperatorie. Din punct de vedere medico-legal, se impune separarea durerii atribuibile intervențiilor chirurgicale de durerea posttraumatică, o provocare aproape imposibil de realizat în acest moment. Durerea postchirurgicală este în general neuropatică, dar depinde de tipul intervențiilor chirurgicale și în general este percepută ca fiind mai severă decât cea nociceptivă.

Durerea cronică neuropatică este urmarea unei afecțiuni a sistemului somatosenzorial (leziune sau boală). Ea se poate manifesta fie ca hiperalgezie (răspunsul evocat de stimulul dureros este exagerat) sau ca alodinie (răspuns dureros la un stimul în mod normal inocuu). Există durere neuropatică de tip periferic sau central. Pacienții cu durere neuropatică au antecedente de leziuni ale sistemului nervos: accidente vasculare, traumă, neuropatie diabetică, iar distribuția durerii urmărește modelul anatomic. Diagnosticul definitiv de durere neuropatică presupune documentarea existenței unei leziuni sau boli ale sistemului nervos prin diferite mijloace: imagistice,

biopsii, investigații neurofiziologice sau teste de laborator.

Cefaleea cronică și durerea oro-facială. Societatea internațională pentru cefalee (IHS) a clasificat în 2013 durerea de cap în: idiopatică (primară), simptomatică (secundară) și oro-facială (include nevralgiile craniene). În cefaleea cronică și durerea cronică oro-facială, durerea apare în cel puțin 50% din zilele aferente celor trei luni definitorii.

Durerea viscerală este cea care persistă sau reappare și își are originea în organele interne ale extremității cefalice, ale gâtului, toracelui, abdomenului și bazinului. Vorbim de durere viscerală reflectată (sau referită) când durerea este percepută în țesutul somatic al tegumentului, subcutisului, mușchilor în zone cu aceeași inervație senzorială ca organele interne care generează durerea. În aceste zone se manifestă frecvent hiperalgezia secundară, definită drept creșterea sensibilității la stimuli dureroși în alte zone decât locul primar al influxului nociceptiv. Mecanismele durerii viscerale reflectate sunt: inflamația persistentă, ischemia, tromboza (mecanism vascular), obstrucția sau distensia, tracțiunea și compresia, dar și combinațiile (ex.: obstrucție cu inflamație).

Durerea cronică musculoscheletică e acea durere persistentă sau recurentă, parte a procesului de boală, care afectează direct oasele, articulațiile, mușchii sau țesuturile moi. Categoria se limitează la durerea nociceptivă și nu include durerea percepută în țesutul musculoscheletic dar care nu își are originea acolo (de exemplu, durerea din neuropatia de compresie sau durerea somatică referită). Cauzele acestui tip de durere sunt inflamațiile persistente din bolile infecțioase, autoimune, metabolice (ex.: artrita reumatoidă) și modificările structurale care afectează țesutul osos, articulațiile, tendoanele sau musculatura (ex.: osteoartrita simptomatică). Diagnosticul de durere musculoscheletică de etiologie neuropatică va face trimitere spre durerea neuropatică. Afecțiunile musculoscheletice aparent bine descrise, dar cu etiologie incomplet elucidată, cum ar fi durerea de spate nespecifică sau durerea cronică diseminată, se includ în secțiunea de durere cronică primară.

OMS și durerea cronică

Organizația mondială a sănătății recunoaște importanța problemei și specifică nivelul statistic ridicat al dizabilităților legate de suferințele cauzatoare de durere pe care le exprimă prin parametrul ani de viață ajustați pentru dizabilitate (DALY). OMS recomandă abordul holistic și documentarea durerii pentru evaluarea durerii persistente. Se dorește stabilirea cauzei, a tipului de durere, a severității, a activității, a tulburărilor somnului sau dispoziției (anxietate, depresie) și a impactului social. Este recunoscută necesitatea măsurării durerii și monitorizării ei, dar și a controlului acesteia prin scale de evaluare, chiar dacă niciuna nu și-a dovedit superioritatea. OMS cere recunoașterea realității subestimării și subtratării durerii, chiar dacă alte aspecte ale bolilor sunt corespunzător manageriate, dar și a rolului cheie pe care personalul sanitar înzestrat cu calități de comunicare verbală și non-verbală îl poate avea.

Managementul durerii cronice acutizate

Managementul modern al durerii cronice, dar mai ales al exacerbărilor acesteia (interpretate aici drept acutizări) este multimodal. Din arsenalul terapeutic, OMS promovează strategii farmacologice și non-farmacologice.

Strategiile farmacologice sunt subordonate principiului tratării cauzei durerii de câte ori este posibil. Este subliniată necesitatea abordului sistematic cu elaborarea unei strategii în trei trepte. Pacienților cu afecțiuni medicale persistente li se recomandă utilizarea preferențială a căii de administrare orală. Pentru combaterea durerii exacerbate, se recomandă administrarea regulată a analgezicelor „după ceas”, combinată cu o strategie de salvare în cazul durerii exacerbate și intermitente. Individualizarea tratamentului este al treilea deziderat al strategiei farmacologice, cu obligativitatea monitorizării și evaluării efectelor terapeutice și a celor adverse.

Strategia promovată de NPC nu diferă esențial de recomandările OMS și este sintetizată în zece subpuncte: identificarea și tratamentul cauzei durerii; alegerea celui mai simplu abord managerial al durerii; alegerea medicației adecvate prin individualizarea abordului, luând în considerare nu numai caracterul durerii (durată, intensitate, calitate), ci și factorii care țin de pacienți (comorbidități, administrarea altei medicații, preferințele pacienților și răspunsul la tratamentele anterioare) – alegerea analgezicului va avea în vedere plafonarea sa, timpul de instalare, efectele secundare, potențialul de acumulare a metaboliților toxici, riscul dependenței; stabilirea unui plan de management presupunând utilizarea medicației concomitente – avantajele unui asemenea abord reies din posibilitatea reducerii dozei, a inhibării nocipției la mai multe niveluri, potențând efectele analgezice și facilitând tratamentul pacienților care nu răspund la administrarea unui singur medicament.

Relativ la alegerea căii de administrare, se va ține cont de faptul că nu toate situațiile

clinice se pretează a o cale unică de administrare. Factorii de luat în considerare țin de preferințele pacienților (confort, convenabilitate, toleranță digestivă) și de caracterul medicației propuse (absorbție, timp de înjumătățire). NPC preferă calea orală, considerată convenabilă, flexibilă și asigurând niveluri serice stabile), dar se recunoaște superioritatea căii intravenoase – rapiditate, instalarea imediată a efectelor. Căile intrarectale, sublinguale și submucoase sunt și ele apreciate. Calea transdermică este deseori preferată pacienților, deoarece exclude utilizarea acelor sau a pompelor. Cel mai puțin recomandat este calea intramusculară, asociată cu durere suplimentară, absorbție eratică, niveluri fluctuante și complicații locale. Peste toate acestea se suprapune tehnologia modernă, autoanalgezia (PCA) și autoadministrarea epidurală a medicației analgezice (PCEA), care presupun pompe sau injectomate dedicate, cu intervale de siguranță, cu doze prescrise de medic și manipulate de pacient până la doza maximă permisă. Pacienții păstrează senzația de control al durerii și sentimentul autonomiei.

Metodele intervenționale presupun infiltrații ale anesteziei locale (în punctele trigger), blocuri ale plexurilor și nervilor senzitivi, administrarea de steroizi epidural, blocuri caudale, blocuri spinale continue (cu opioizi, clonidină, baclofen).

Titrarea dozei la efect presupune utilizarea celei mai mici doze necesare obținerii efectului dorit cu efecte secundare minime. Optimizarea administrării pretinde ca, după stabilirea dozei optime pentru primele 24 de ore, medicația să fie administrată continuu cu ajutorul injectomatei, în ideea asigurării unei analgezii superioare cu mai puține efecte secundare. Această strategie evită ciclurile de supra-/subadministrare, care sunt apanajul medicației administrate la nevoie.

Pentru exacerbările durerii manifestate chiar pe fondul administrării cronice de analgezice, cu durere pătrunzătoare, se recomandă medicația la nevoie cu instalare rapidă și acțiune scurtă. Dozarea la nevoie este utilă în cazul durerii intermitente, dar pacienții trebuie instruiți să solicite analgezice înainte ca durerea să devină severă.

Identificarea și tratarea efectelor secundare oferă mai multe opțiuni: modificarea dozei sau a căii de administrare pentru atingerea nivelurilor stabile, testarea unui medicament diferit din aceeași clasă sau asocierea medicației care antagonizează efectul indesezabil.

Trebuie recunoscute diferențele dintre toleranță, dependență fizică și adicție, cu modificarea adecvată a tratamentului.

Se va evita utilizarea medicației placebo pentru tratamentul durerii, considerată neetică și inadecvată.

Abordul nefarmacologic al durerii impune trei direcții importante de atac: consultul psihologic urmat de psihoterapie, reabilitarea fizică cu un plan bine stabilit și cu obiective realiste, dar și tratamentul chirurgical (neuroлиз, crioablații, ablații prin radiofrecvență).

La aceste propuneri ale societăților profesionale se adaugă viziunea Societății americane de anestezie (ASA), care, în prologul ghidurilor sale, diferențiază durerea de nocicepție și recunoaște caracterul de experiență profundă și subiectivă a durerii. Obiectivele ghidurilor ASA sunt pragmatice și parțial superpozabile celor prezentate anterior: optimizarea controlului durerii, recunoscând că o stare complet lipsită de durere poate să nu fie obținută; potențarea abilităților funcționale și a stării de bine fizic și psihic; ameliorarea calității vieții; minimizarea prognosticului advers.

Un atare abord este realist și fezabil. Ne încadrăm astfel în setul valorilor morale universale aplicabile, unde tratamentul durerii este un drept uman și este datoria sistemului medical să îl asigure. Nu am avansat rețete în mod intenționat, pentru că este datoria fiecărui medic să se documenteze, să se instruiască, să adere la protocoalele care se potrivesc cel mai bine pacienților săi și, la urma urmei, are dreptul și competența necesară să elaboreze protocoalele de terapie a durerii agreeate de specialitatea sa și să le adapteze conform judecății sale clinice aplicate patologiei pacienților în cauză.

Dr. Sanda-Maria COPOTIU
Bibliografie

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. *Anesthesiology*. 2010 Apr;112(4):810-33
2. Deng Y et al. Clinical practice guidelines for the management of neuropathic pain: a systematic review. *BMC Anesthesiol*. 2016 Feb 18;16:12
3. Fletcher D et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015 Oct;32(10):725-34



Sanda-Maria Copotiu este profesor la UMF Târgu Mureș, medic primar ATI la Spitalul Clinic Județean de Urgență Tg. Mureș. Este redactor șef al revistei *Acta Medica Marisensis* și redactor adjunct la *Journal of Critical Care Medicine*. Este directoarea Centrului de formare continuă CCEA (European Center for Continuous Education in Anaesthesia) pentru România.