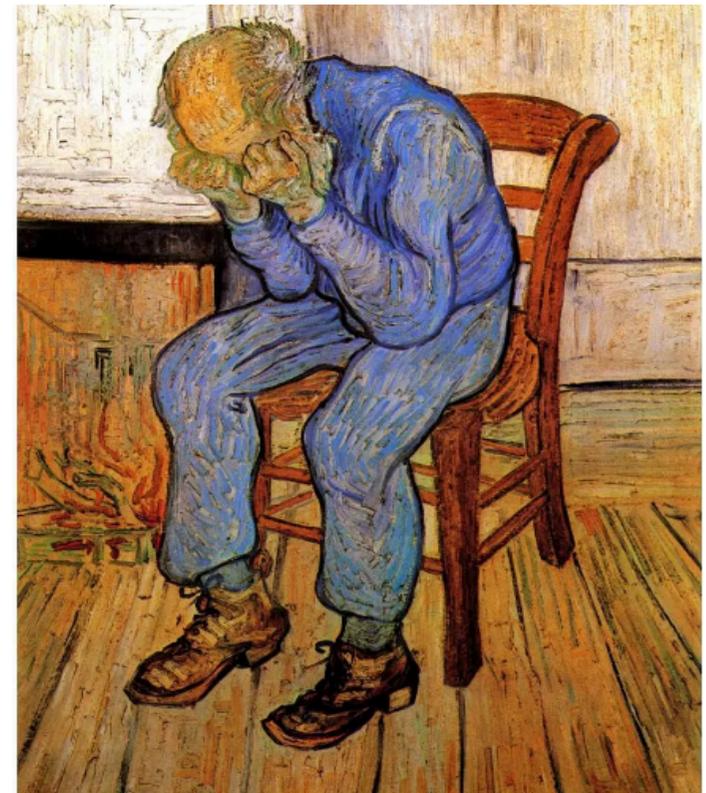


MANEJO DEL “DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO” (DCNO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

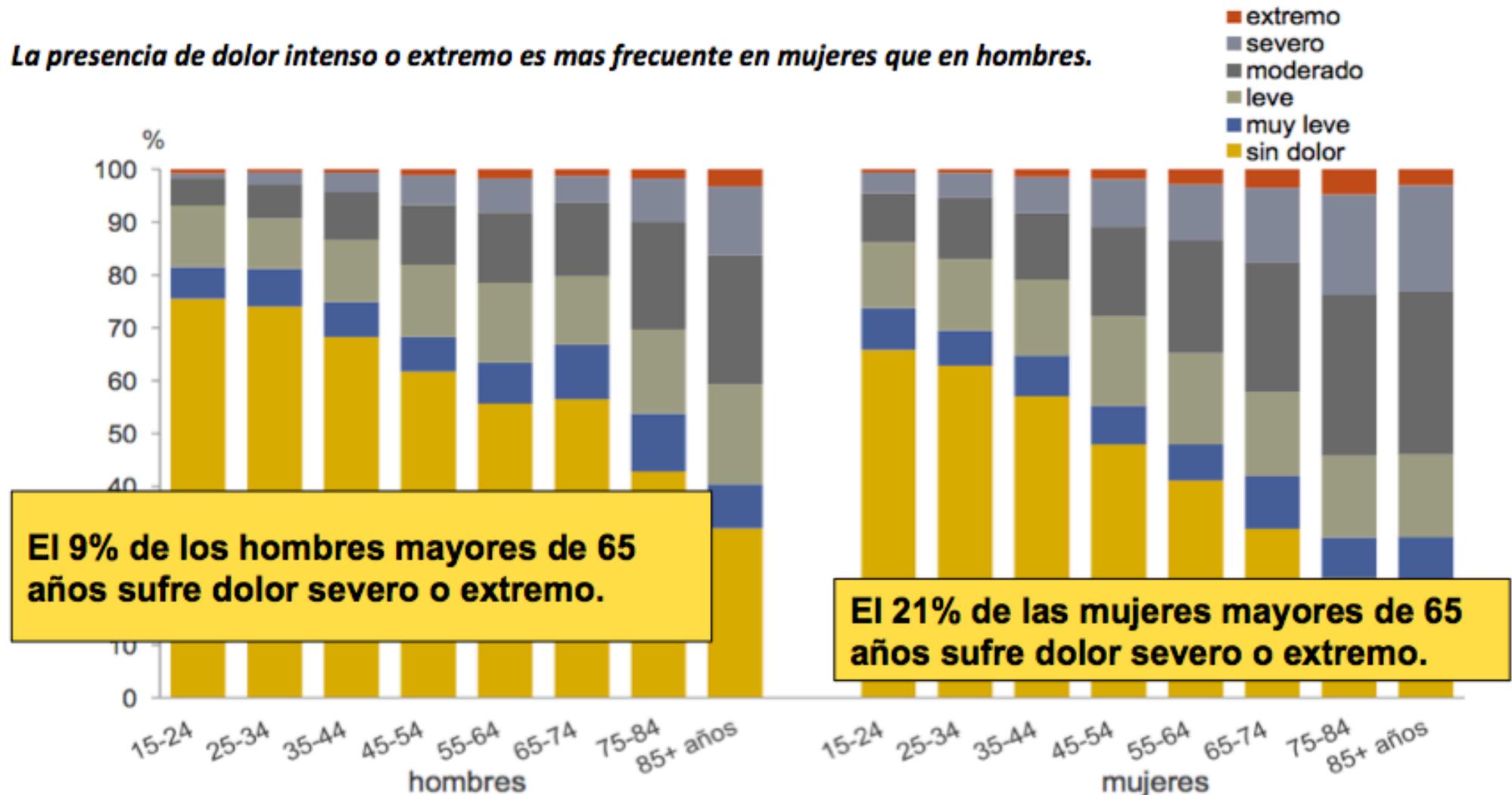
Dr. D. Antonio Fuertes Fortea
Médico de Atención Primaria CSI Sueca
Grupo Reumatología de la SoVaMFyC



Viejo con dolor. V. Van Gogh

Con la edad aumenta la proporción de personas que sufren dolor y su intensidad.

La presencia de dolor intenso o extremo es mas frecuente en mujeres que en hombres.

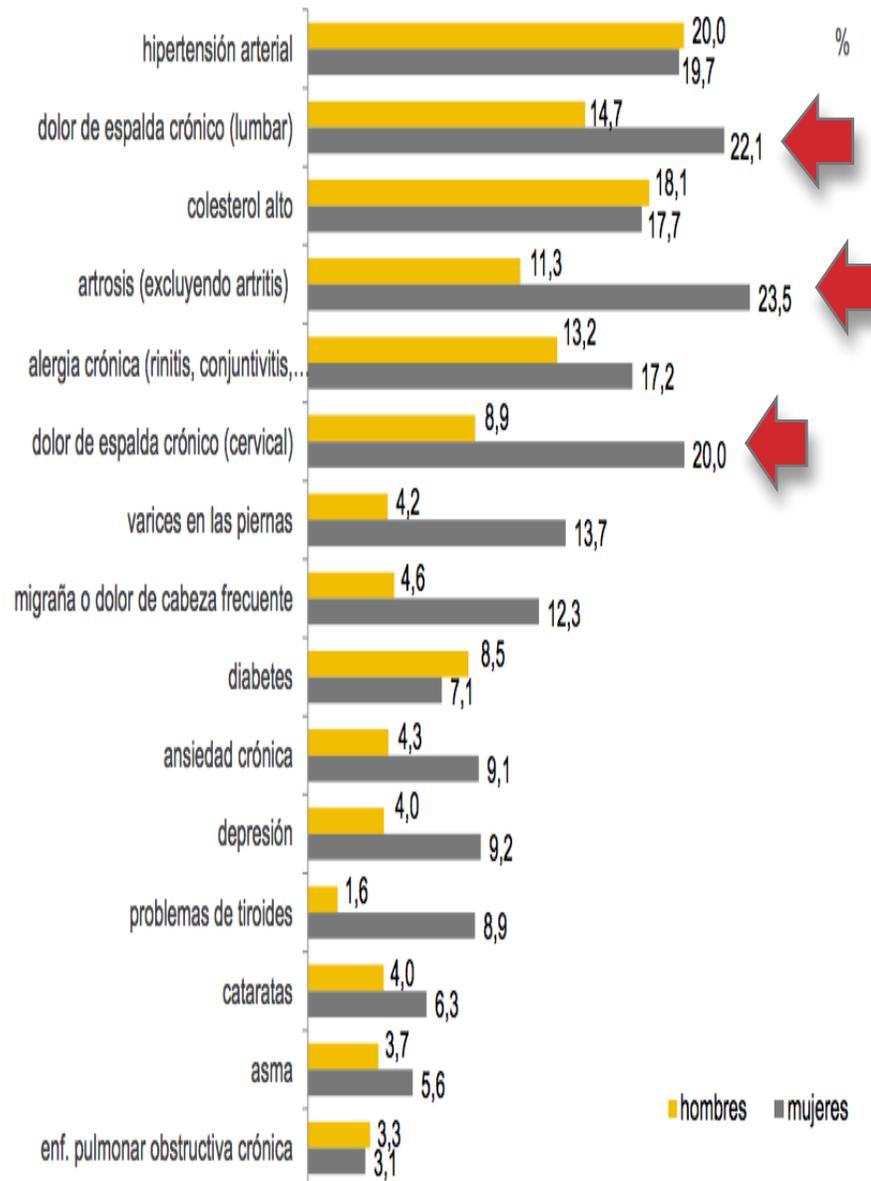


En mayores de 65 años mas del 65 % sufre dolor crónico y consulta por ello

A partir de 2050, el 35% de la población tendrá más de 65 años. El 15%, más de 80

Trastornos crónicos prevalentes en adultos

Población de 15 y más años



EPIDEMIOLOGÍA DEL DCNO

El dolor es el motivo de consulta más frecuente² en Atención Primaria (AP). Supone más del 60% de éstas.

Pain Proposal CV

El dolor crónico supone más del 50% de las consultas sobre el dolor en AP.

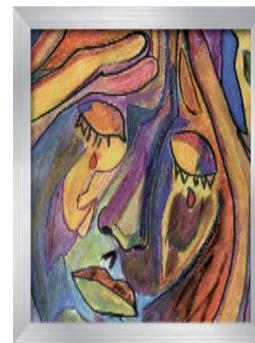
Los procesos reumáticos son la principal causa de DCNO.

La artrosis es la enfermedad osteoarticular que con mayor frecuencia produce DCNO, seguida de las artropatías inflamatorias.

L Aguilera Garcia. El dolor y la dependencia. FUINSA¹.2009

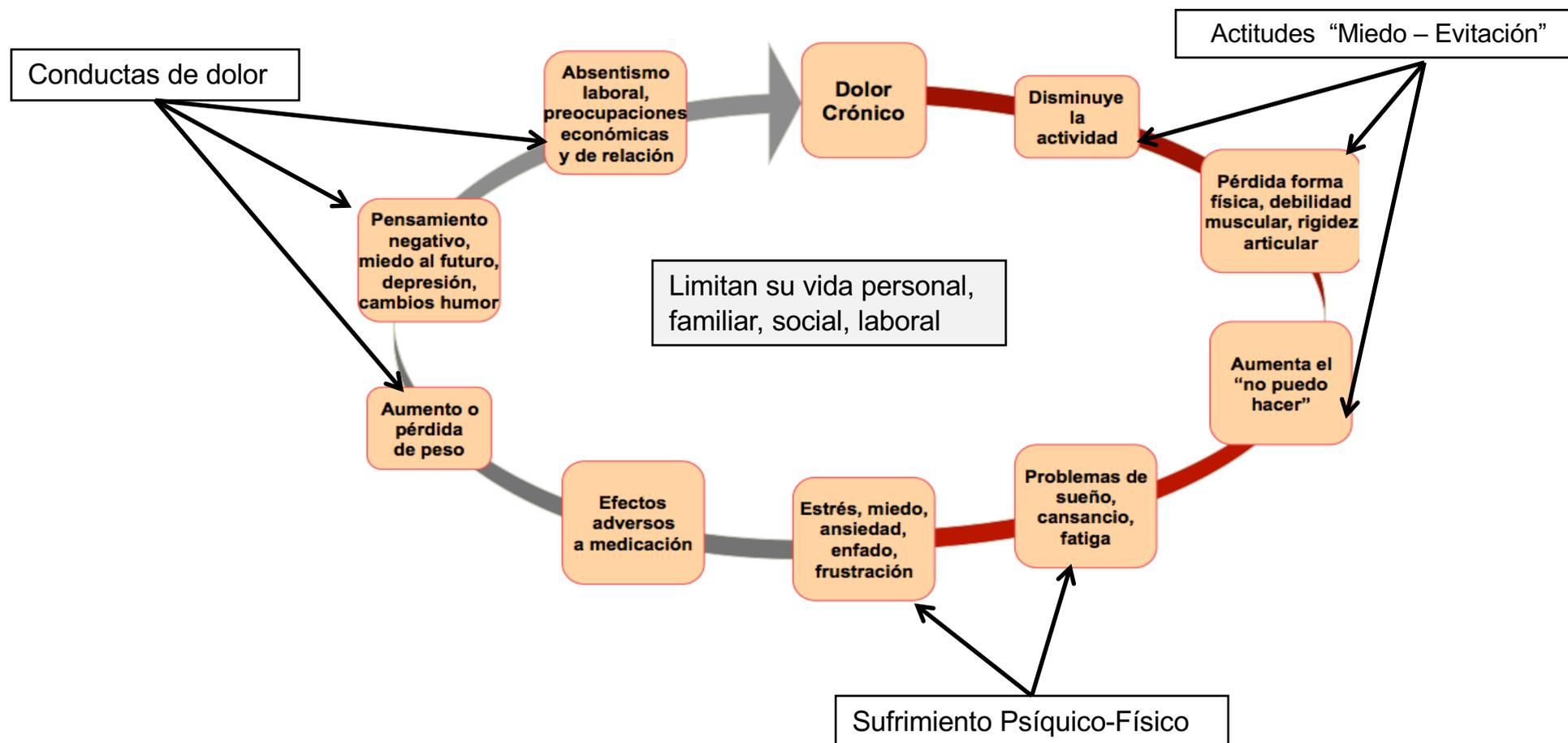
G Cerda. Guia de actuacion clinica en AP. GVA²

DEFINICIÓN DE DOLOR CRÓNICO



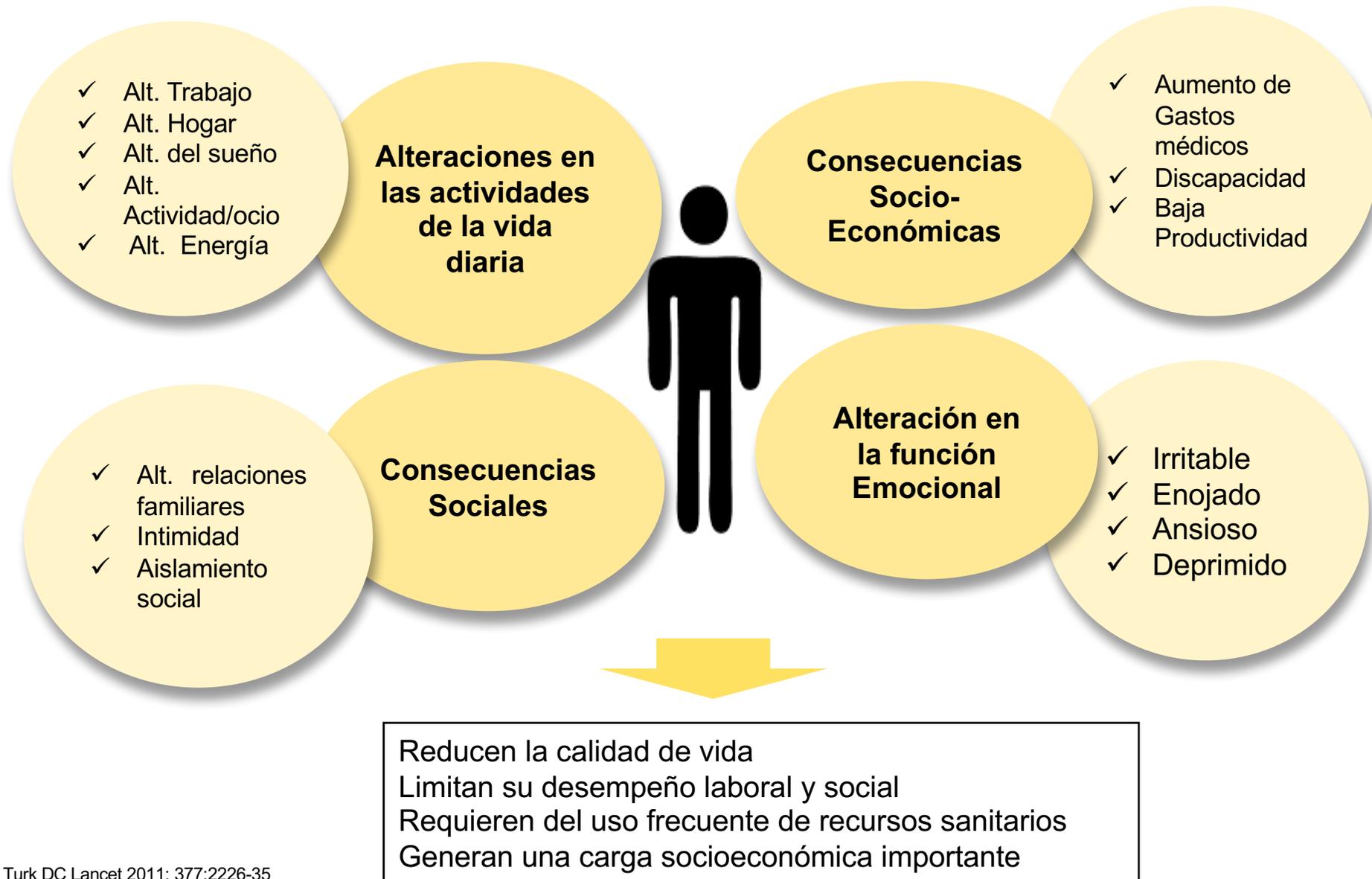
“Dolor con una duración, ya sea continua o intermitente (más de 5 días a la semana) superior a 3 meses (ó 6, según las diferentes sociedades) desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica”.

Ciclo del dolor crónico

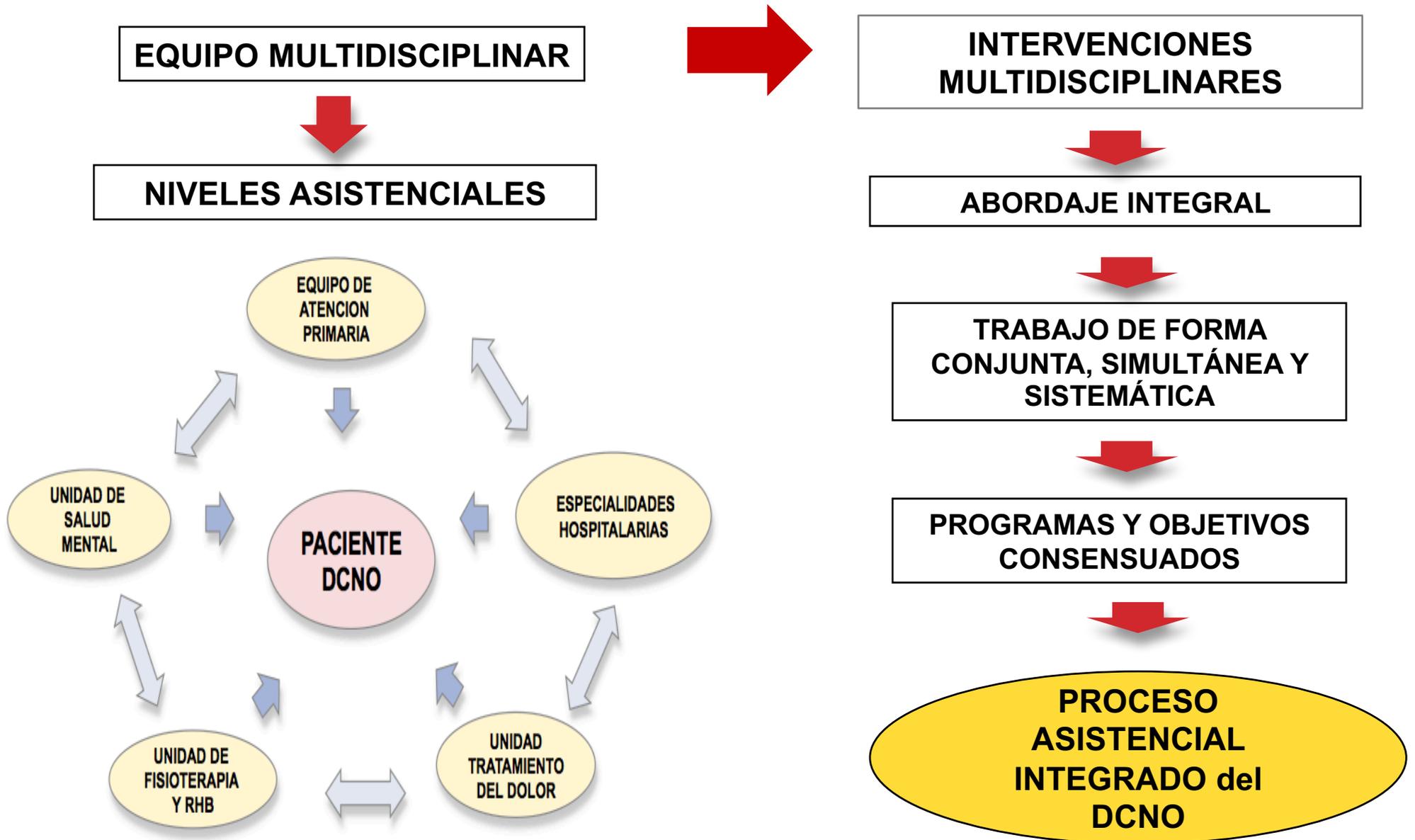


Modelo BIO-PSICO-SOCIAL (MULTIFACTORIAL)

Importante repercusión personal, familiar, laboral, social y económica

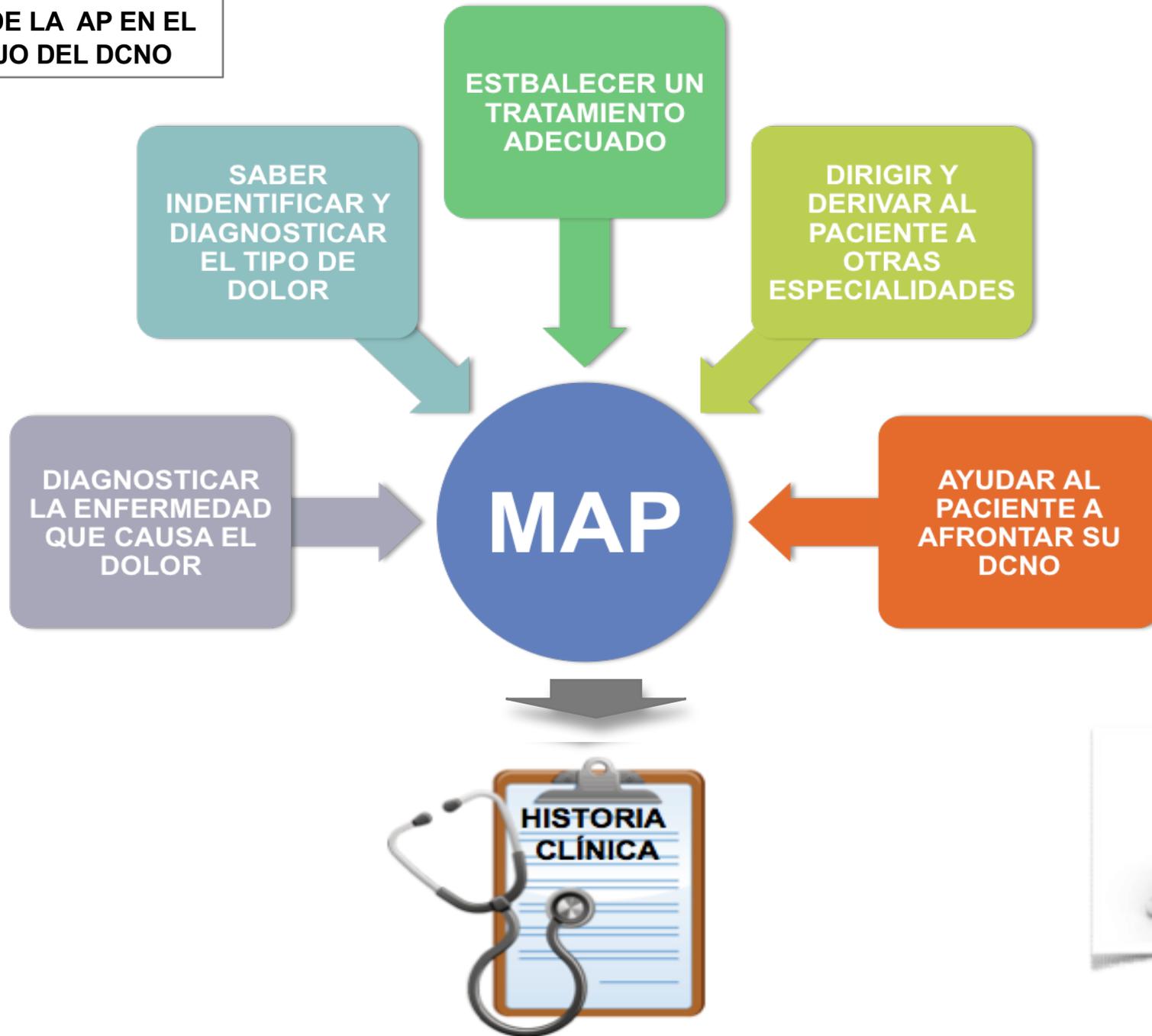


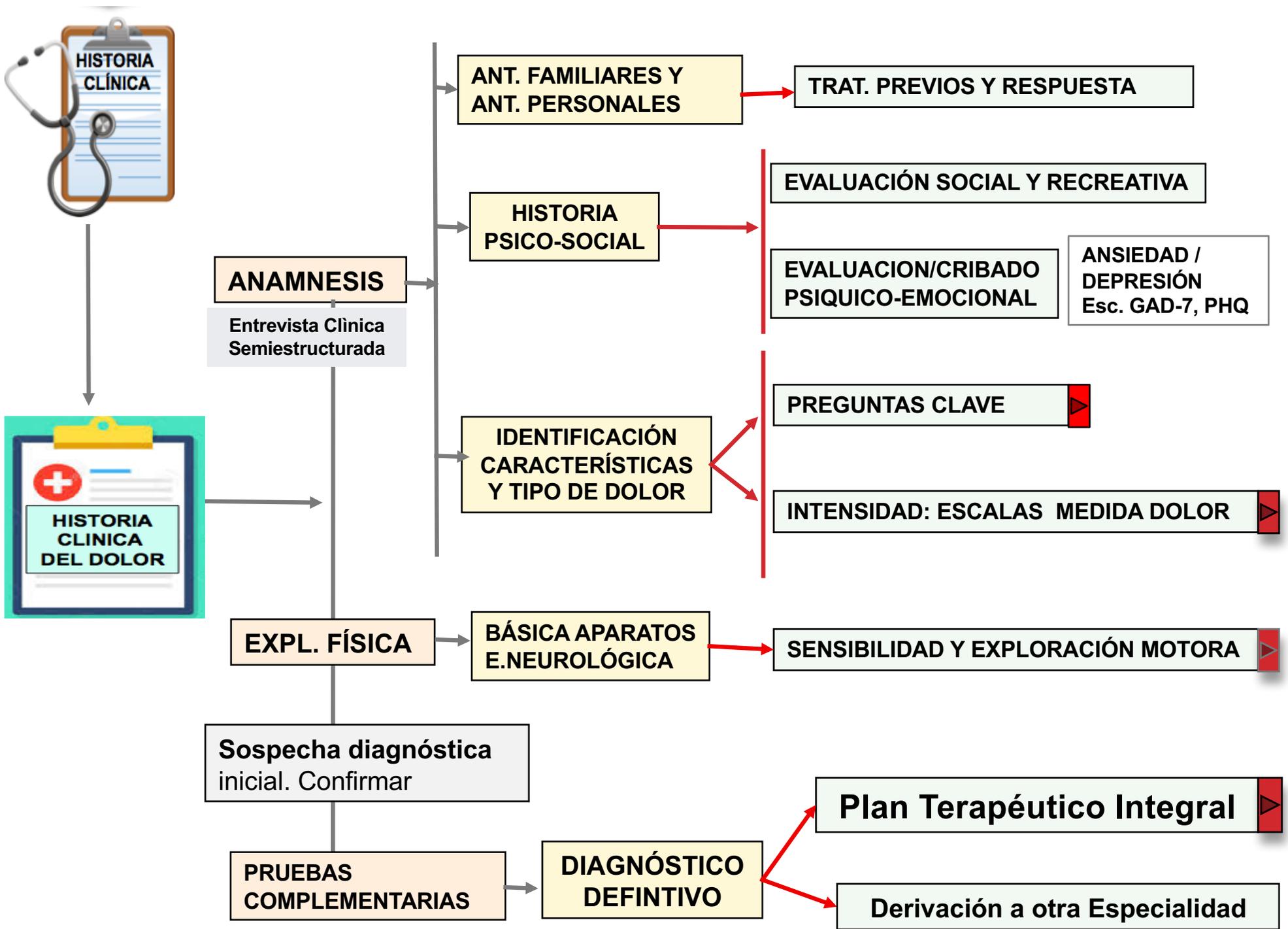
GESTIÓN INTEGRADA Y CONSENSUADA DEL DCNO



MANEJO DE DCNO SEGÚN LAS GUIAS DE BUENAS PRÁCTICAS (GPC)

PAPEL DE LA AP EN EL MANEJO DEL DCNO





ANAMNESIS
Entrevista Clínica Semiestructurada

ANT. FAMILIARES Y ANT. PERSONALES

TRAT. PREVIOS Y RESPUESTA

HISTORIA PSICO-SOCIAL

EVALUACIÓN SOCIAL Y RECREATIVA

EVALUACION/CRIBADO PSIQUICO-EMOCIONAL

**ANSIEDAD / DEPRESIÓN
Esc. GAD-7, PHQ**

IDENTIFICACIÓN CARACTERÍSTICAS Y TIPO DE DOLOR

PREGUNTAS CLAVE

INTENSIDAD: ESCALAS MEDIDA DOLOR

EXPL. FÍSICA

BÁSICA APARATOS E. NEUROLÓGICA

SENSIBILIDAD Y EXPLORACIÓN MOTORA

Sospecha diagnóstica inicial. Confirmar

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Plan Terapéutico Integral

Derivación a otra Especialidad

PREGUNTAS CLAVE SOBRE EL DOLOR

- 1.- **¿Cuál es la frecuencia del dolor?** cronología (mañana-noche) y evolución del dolor.
- 2.- **¿Dónde se localiza?, ¿Se irradia?**
- 3.- **¿Cuáles son las posibles causas?**
- 4.- **¿Cómo lo definiría:** penetrante, punzante, opresivo...?
- 5.- **¿Con qué se alivia o se exagera?**
- 6.- **¿Existen síntomas acompañantes?**
- 7.- **¿Hay factores que lo modifican** (movimiento-reposo, calor-frío, medicación)?

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR

NOCICEPTIVO SOMÁTICO	NOCICEPTIVO VISCERAL	NEUROPÁTICO	MIXTO	PSICÓGENO
Superficial Sordo Constante Bien localizado	Profundo, opresivo Mal localizado Dolor referido Cortejo vegetativo	Urente, quemante Lancinante. Disestesias Hiperpatía. Alodinia	Con componente neuropático y nociceptivo	Clínica abigarrada Componente emocional



EXPLORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD

¿Hay algún signo sensorial positivo o negativo en la zona afectada?

SIGNOS:

Hipoestesia: al frío, táctil...

Hipoalgesia

Hiperalgnesia: puntiforme, estática, al calor, al frío..

Alodinia

SÍNTOMAS DESCRIPTORES



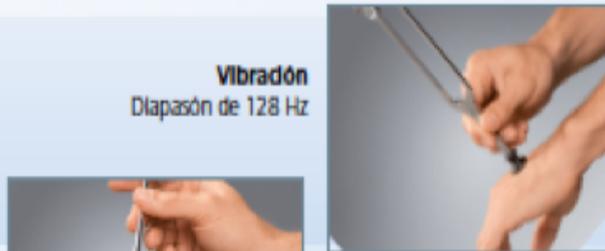
Quemante

Hormigueo

Piquetes

Como descarga eléctrica Entumecimiento

SENSIBILIDAD TACTIL



- ✓ Fuerza
- ✓ Tono
- ✓ ROT
- ✓ Pulsos

SENSIBILIDAD MOTORA

SENSIBILIDAD VIBRATORIA

SENSIBILIDAD TÉRMICA

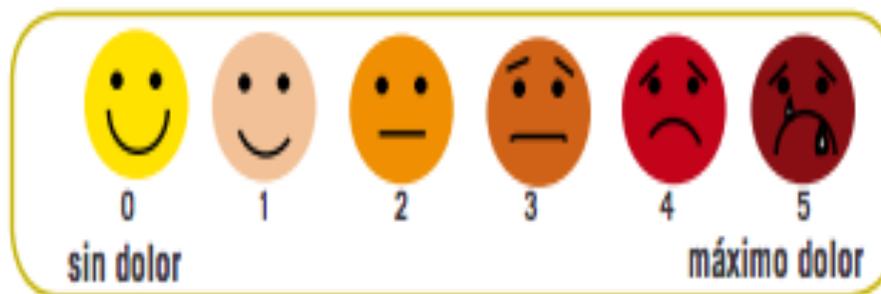


VALORACIÓN DEL DOLOR

ESCALAS UNIDIMENSIONALES

(Pacientes deterioro cognitivo)

Escala de rostros



(Recomendada para seguimiento)

(ENV) Escala numérica de 11 puntos



(EVA) Escala visual análoga



Escala verbal



VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DEL DOLOR EN CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL

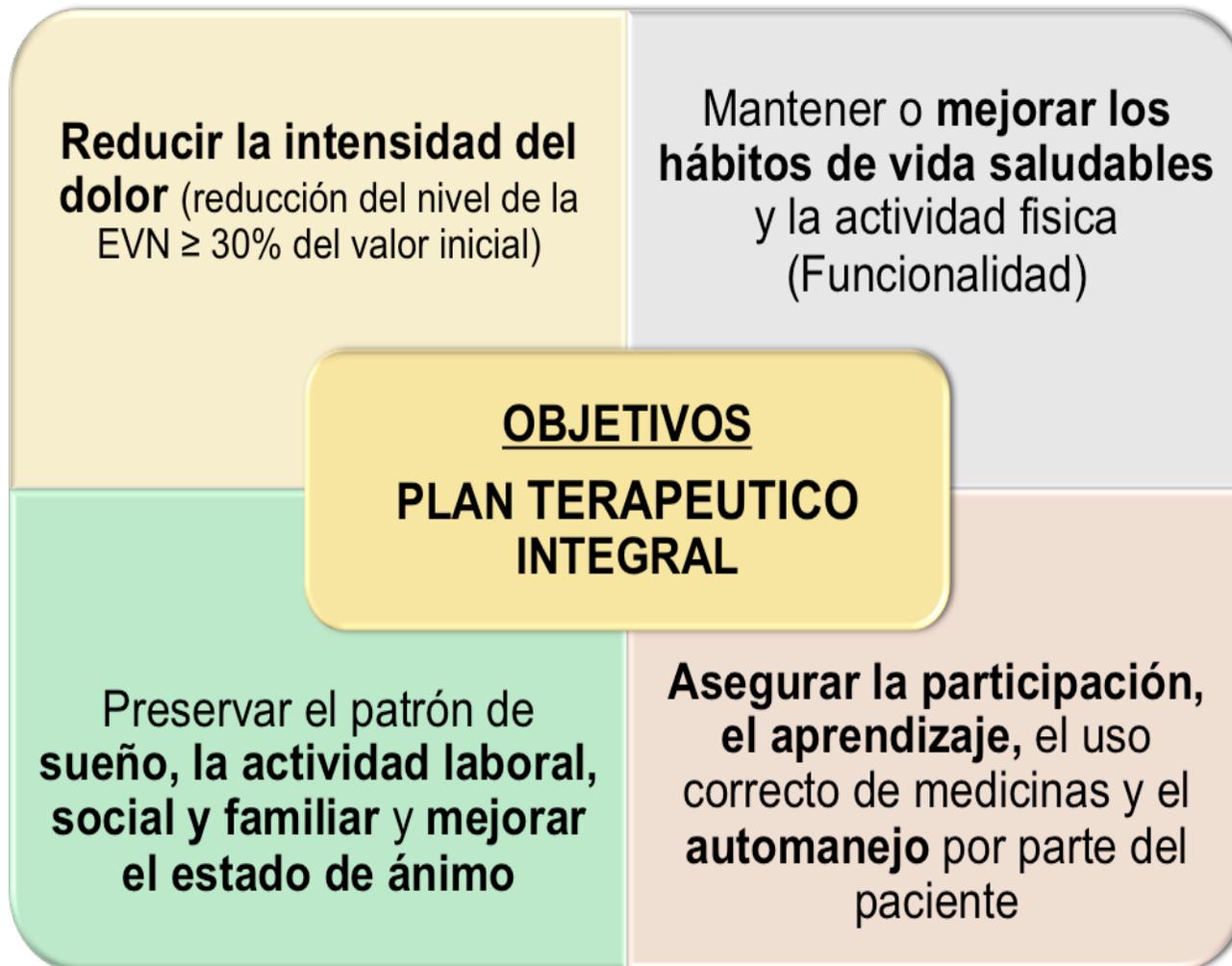
ESCALAS MULTIDIMENSIONALES	
BRIEF PAIN INVENT (BPI-sp)	Recomendada. Valora repercusión del dolor sobre AVD, laboral, ocio y patrón sueño. Calidad de vida y Capacidad Funcional
LATINEEN TEST	Muy usado, fácil comprensión. Mide intensidad y frecuencia del dolor, actividad y sueño. Consumo de analgésicos.
McGILL PAIN QUESTIONAIRE (MPQ)	Mucho tiempo, poco práctico en AP Valora 3 dimensiones: Sensorial discriminativa, afectiva emocional, y cognoscitiva estructural.
Cuestionario de salud SF-36 y SF 12	Valoración global del paciente
IDF	Inventario de deterioro y funcionalidad (IDF)

ESCALAS ESPECÍFICAS	
WOMAC OSTEOHARTITIS INDEX	Artrosis: Dolor, Rigidez y Cap. funcional
INDICE DE LEQUESNE	Repercusiones dolorosas y funcionales de la gonartrosis. Rápida y sencilla
DN4 (Dolor Neuropático)	4 preguntas. 3 o más / 10 caso de estudio
LANSS (Dolor Neuropático)	Facilita información inmediata
ID-PAIN (Dolor Neuropático)	Buena validez y fiabilidad
SCREENING TOOL Detección Dolor Neuropático Localizado	Sencillo y Breve. Recomendado en AP



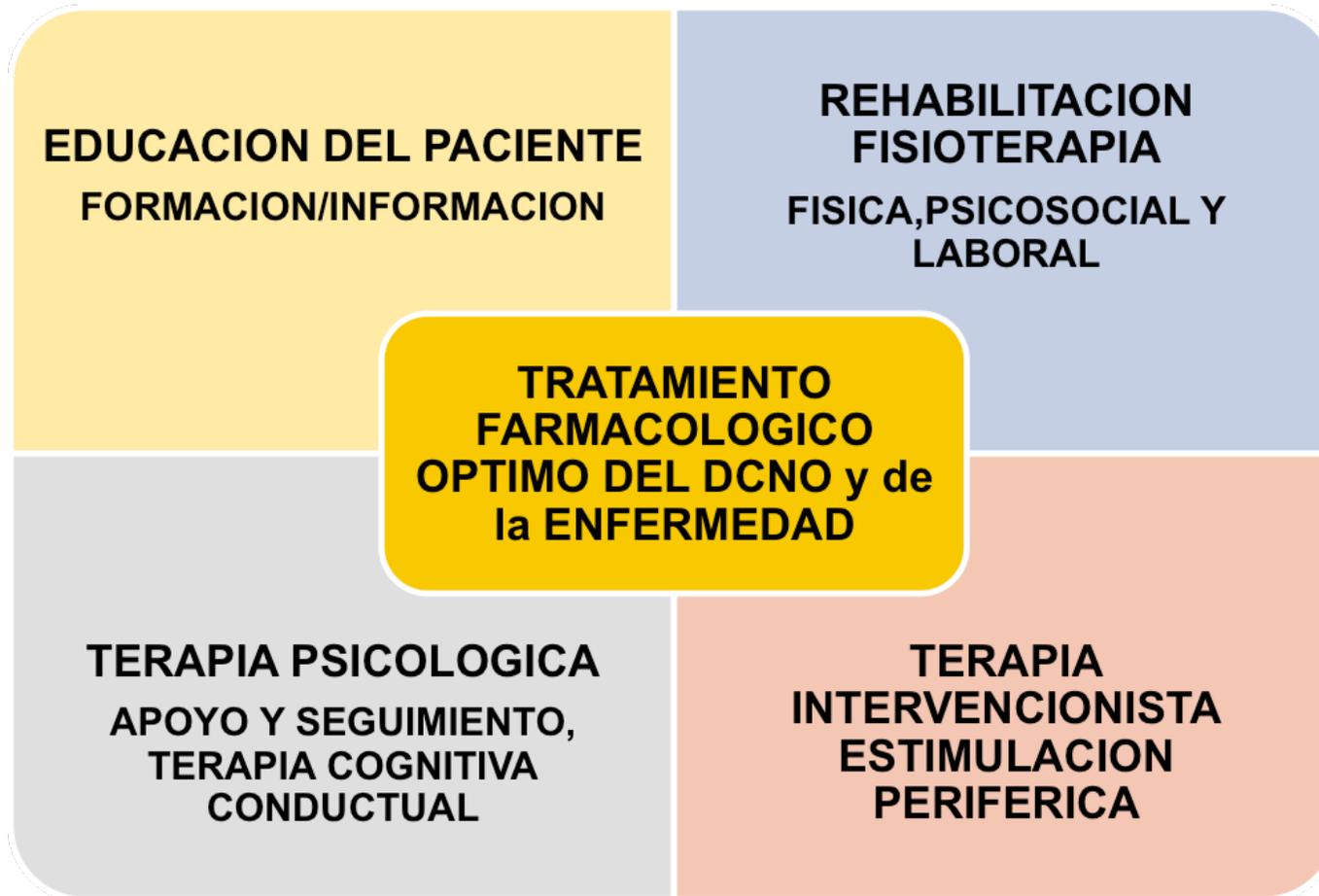
PLAN TERAPÉUTICO INTEGRAL (PTI)

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS MULTIDIMENSIONALES PERSONALIZADAS Y
CONSENSUADAS CON CADA PACIENTE





TRATAMIENTO MULTIMODAL Y MULTIDISCIPLINAR CON BASE EN UN ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL





TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

1.- CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

ACTIVIDAD FÍSICA



2.- TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS

- ✓ **INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL PACIENTE**
- ✓ **TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:** Romper el círculo vicioso **dolor-tensión-dolor**
- ✓ **TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES:**
 - Reducir la experiencia de dolor y su impacto emocional
 - Fomentar la autoeficacia y el automanejo de la enfermedad
 - Re-conceptualización del dolor como un problema que puede ser manejable

3.- TÉCNICAS FÍSICAS

Termoterapia, TENS, Manipulaciones, Movilizaciones, Masajes, Terapia interferencial, Ultrasonidos, Onda corta..

TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN ENFERM. MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (MODIFICADA DE HURLEY MV, BEARNE LM, 2008)

	DC Generalizado	Lumbalgia crónica	Artrosis	A Reumatoide
Actividad Física	+	+	+	+
Educación paciente	+	+	+	+
Terapia cognitivo conductual	+	+	+	+
Programa ejercicio	+	+	+	+
Tai Chi	+	X	+	+

Se recomienda como más adecuado combinarlas dentro de un programa de rehabilitación y con la participación de varios profesionales.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Control del dolor

Mejora la funcionalidad

Mejora la calidad de vida

OBJETIVOS

PREMISAS DEL TRATAMIENTO

**INDIVIDUALIZADO
PAUTADO
ADAPTADO AL TIPO DE
DOLOR E INTENSIDAD
MODIFICADO SEGÚN
RESPUESTA**

**VALORACION
COMORBILIDAD PARA
DISMINUIR
COMPLICACIONES Y
AUMENTAR SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

**INFORMAR AL PACIENTE
BENEFICIOS / RIESGOS
ESPERADOS
DECISIONES
COMPARTIDAS**

**ACUERDO
VERBAL O
ESCRITO**



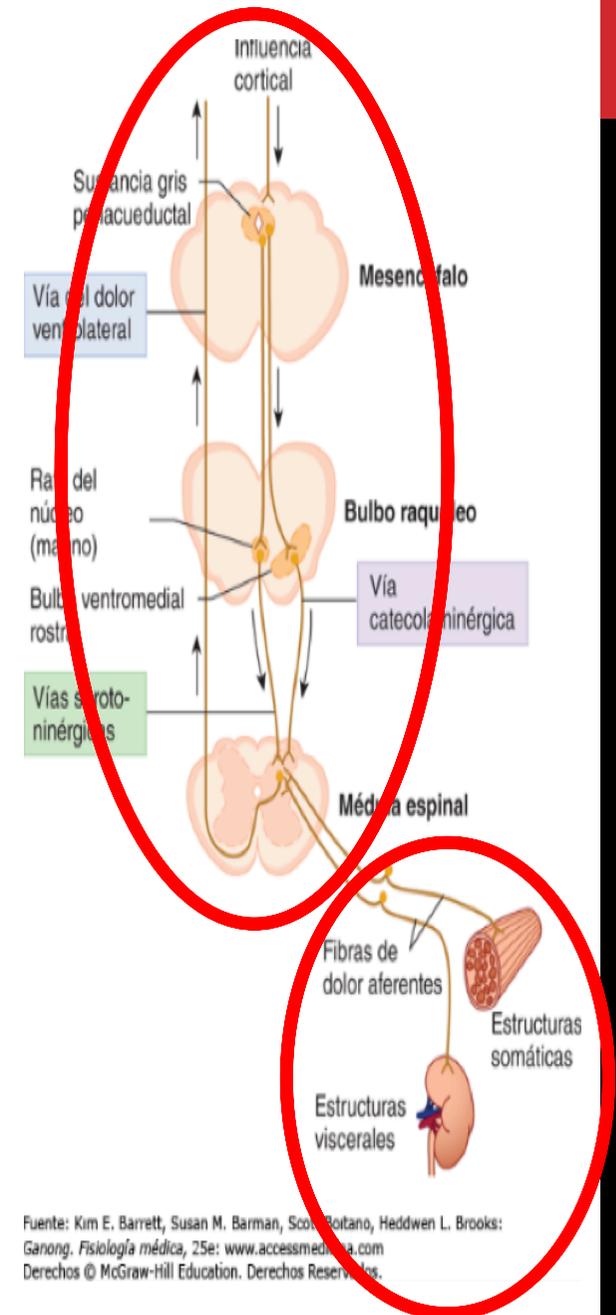


CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS

Según la Fisiopatología del sistema somato sensorial tenemos fármacos que actúan:

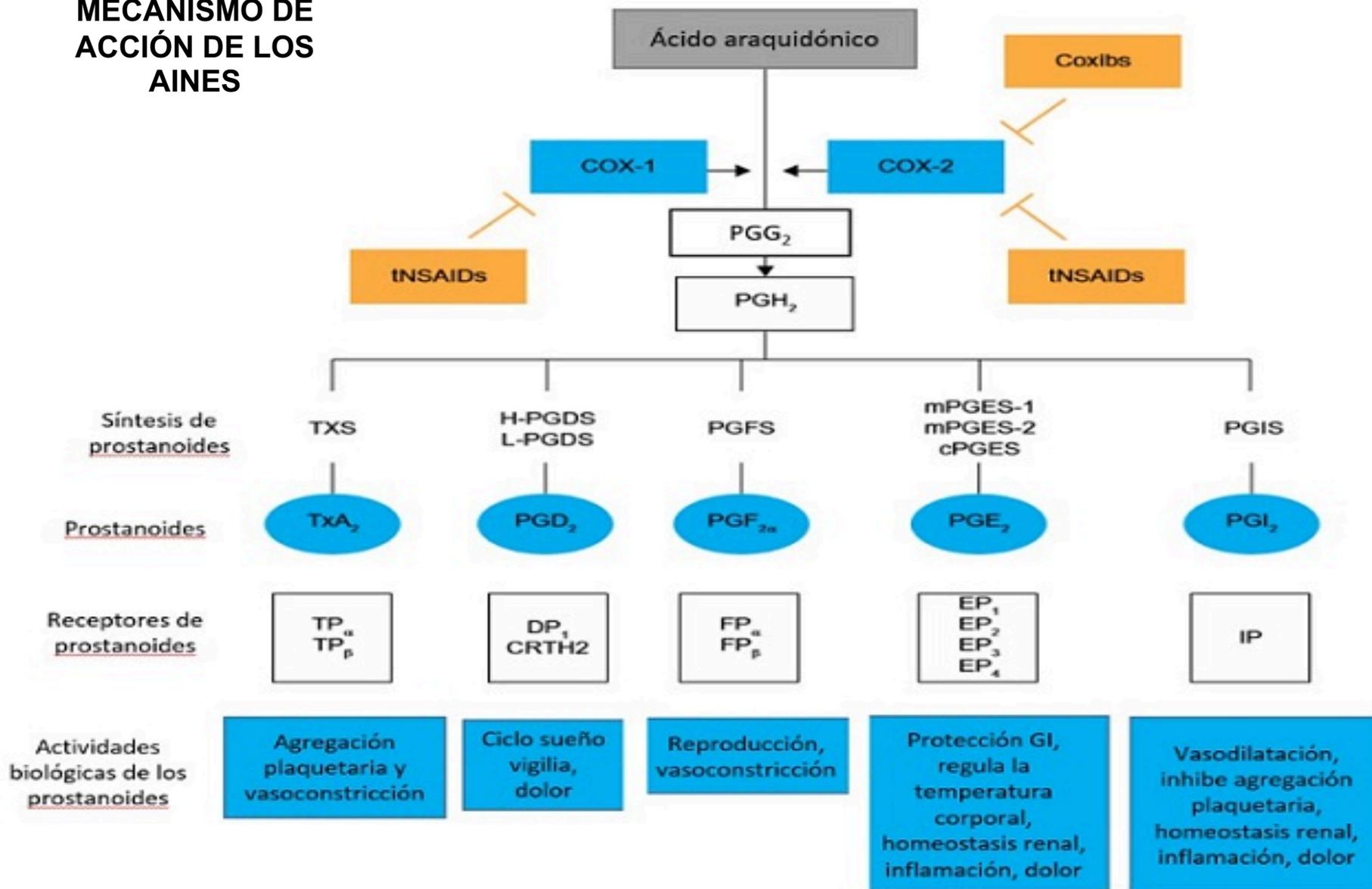
- I. **A NIVEL PERIFÉRICO:** sobre los procesos de la inflamación y los nociceptores.
 - a. **ANALGÉSICOS-ANTIPIRÉTICOS NO OPIOIDES**
 - b. **ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS**

- I. **SOBRE NEUROTRANSMISORES:** a nivel de las vías ascendentes y descendentes del sistema somato sensorial:
 - a. **ANTIDEPRESIVOS**
 - b. **ANTIÉPILÉPTICOS**
 - c. **OPIOIDES.**

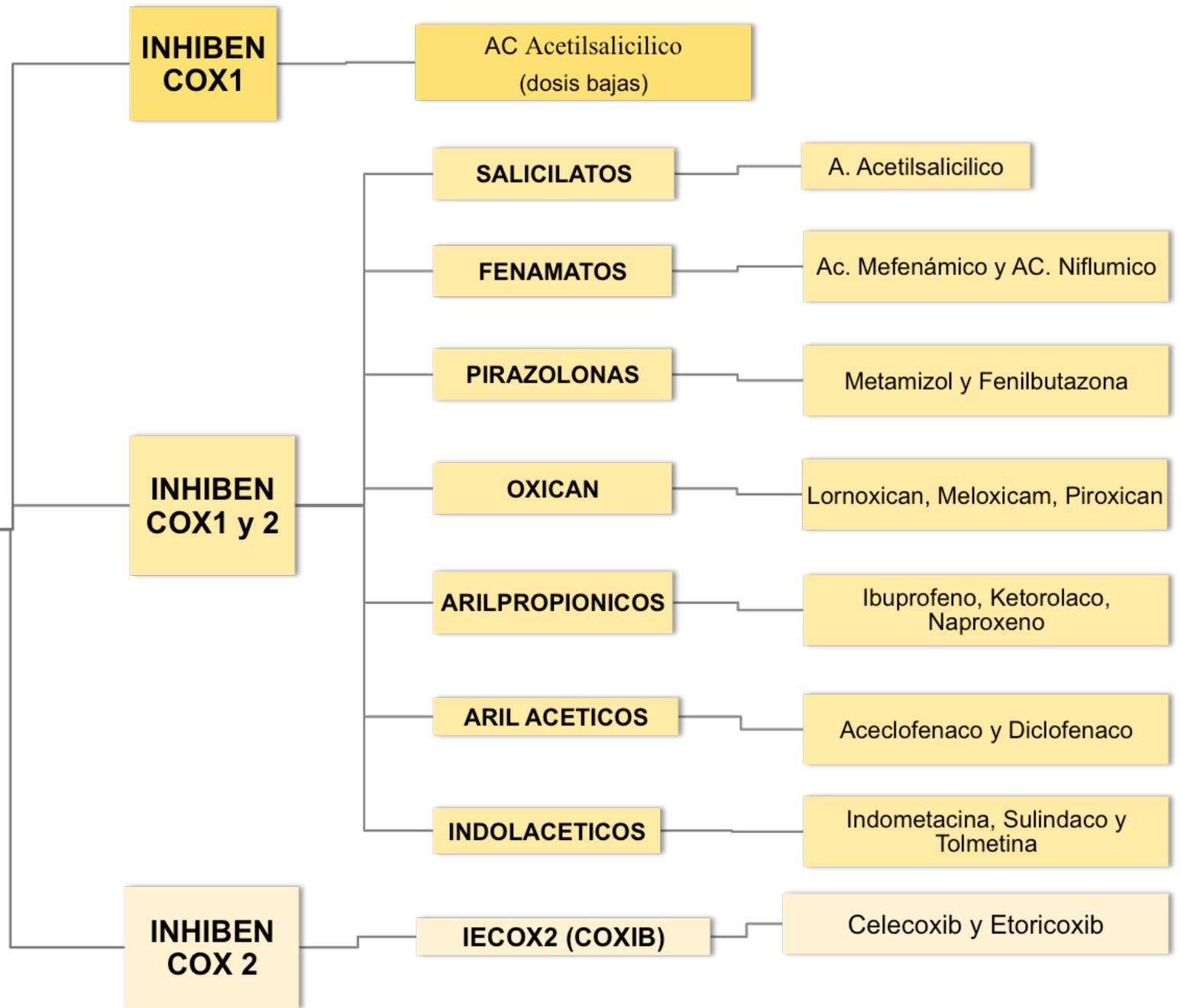


I.- FÁRMACOS A NIVEL PERIFÉRICO : ANALGÉSICOS NO OPIOIDES Y AINES

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS AINES

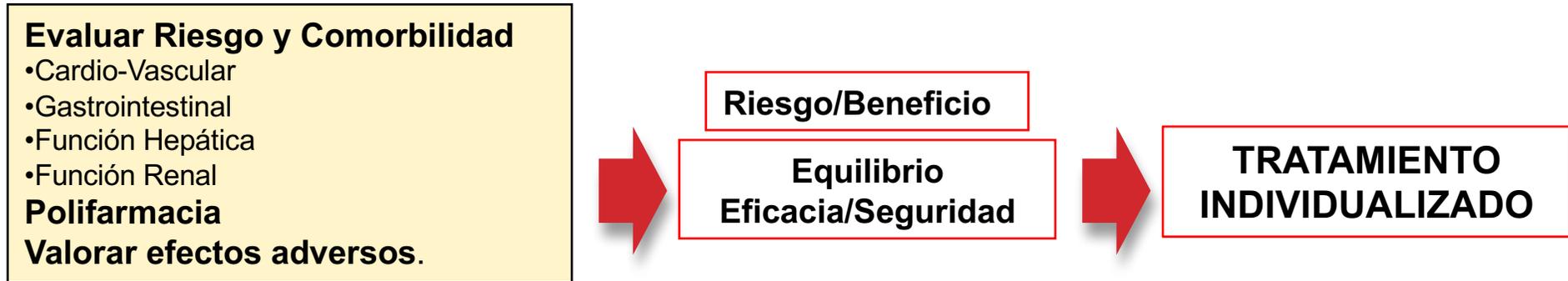


AINES
(Según mecanismo de acción)



Analgésicos “simples no opioides”: PARACETAMOL (actúa a nivel central COX3)

RECOMENDACIONES PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO CON AINES



INSUFICIENCIA HEPÁTICA/CIRROSIS

- Disminuir dosis de paracetamol. Hepatotóxico si uso prolongado a dosis altas (más de 3gr/24h).
- Cuidado en ancianos (disminuir dosis)
- AINES, raro hepatotoxicidad.
- Sí elevan las transaminasas.
- No recomendado en Cirrosis Hepática, en estos casos valorar COXIB.

ERC

- **NO SE RECOMIENDA USO DE AINES:**
 - ERC Estadio 3*
 - Comorbilidad RENAL y /o C-V
- **CONTRAINDICADO USO DE AINES:**
 - ERC estadio 4-5:

ESTADIO	FG	Daño Renal
1	≥ 90	Daño renal con FG normal
2	60-89	Ligero descenso del FGe
3	30-59	Descenso moderado del FGe
4	15-29	Descenso grave del FGe
5	< 15	Diálisis Prediálisis/diálisis

*excepto en situaciones muy especiales y con estricta vigilancia

VALORACIÓN DEL RIESGO GASTRO-INTESTINAL Y CARDIO-VASCULAR

RIESGO GASTROINTESTINAL

ALTO	<p>Antecedentes de ulcus complicado Tratamiento anticoagulante Mas de 2 FR de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edad mayor de 60 años •AP ulcus no complicado y complicada •Uso concomitante con: AAS, Clopidogrel, Corticoides orales, ISRS. •Dosis altas de AINES o uso de 2 AINES •Comorbilidad grave
MEDIO	<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edad mayor de 60 años •AP ulcus no complicado •Uso concomitante con: AAS, Clopidogrel, Corticoides orales, ISRS. •Dosis altas de AINES o uso de 2 AINES •Comorbilidad grave
BAJO	Pacientes sin factores de riesgo

RIESGO CARDIOVASCULAR

Muy Alto	<p>a) Enfer. cardiovascular documentada. b) DM con afectacion en órganos diana c) ERC moderada-grave d) SCORE $\geq 10\%$.</p>
Alto	<p>a) FRCV elevado, hipercolesterolemia familiar o HTA grave b) SCORE $\geq 5\%$ y $< 10\%$</p>
Moderado	SCORE de ≥ 1 y $< 5\%$
Bajo	SCORE $< 1\%$ y ausencia de otros FRCV

MANEJO DE AINES Y COX 2 SEGÚN RCV Y GI CON FUNCIÓN RENAL NORMAL

		RIESGO CARDIO-VASCULAR		
		BAJO	MEDIO	ALTO / MUY ALTO
RIESGO GASTRO-INTESTINAL	BAJO	AINE	AINE (Naproxeno) + IBP si AAS	EVITAR AINE
	MEDIO	COXIB AINE+IBP	COXIB (+IBP si AAS) AINE+IBP	EVITAR AINE
	ALTO	COXIB+IBP Erradicar HP	COXIB+IBP Erradicar HP	EVITAR AINE

AINES TÓPICOS: biodisponibilidad baja. Seguridad favorable. Eficaces en articulaciones artrósicas accesibles, pero sólo por 4 semanas.

II SOBRE NEUROTRANSMISORES: vías ascendentes/descendentes del SNP y SNC

ANTIDEPRESIVOS

INHIBEN RECAPTACION SEROT Y NORADR.

- **ANT. TRICICLICOS**
 - AMITRIPTILINA
 - NORTRIPTILINA
 - CLOMIPRAMINA
 - IMIPRAMINA
- **ISRNS (DUALES)**
 - DULOXETINA
 - VENLIFAXINA
- **ISRS**
 - FLUOXETINA
 - PAROXETINA
 - CITALOPRAM

ANTIEPILEPTICOS

BLOQUEO CANALES SODIO Y CALCIO

- **GABAPENTINA**
- **PREGABALINA**
- **CARBAMAZEPINA**
- LAMOTRIGINA
- TOPIRAMATO

OPIOIDES

IMPIDEN ENTRADA CALCIO A LA CELULA

- **OPIOIDES DEBILES**
 - TRAMADOL
 - CODEINA
- **OPIOIDES POTENTES**
 - MORFINA
 - OXICODONA
 - FENTANILO
 - METADONA
 - BUPRENORFINA
 - TAPENTADOL

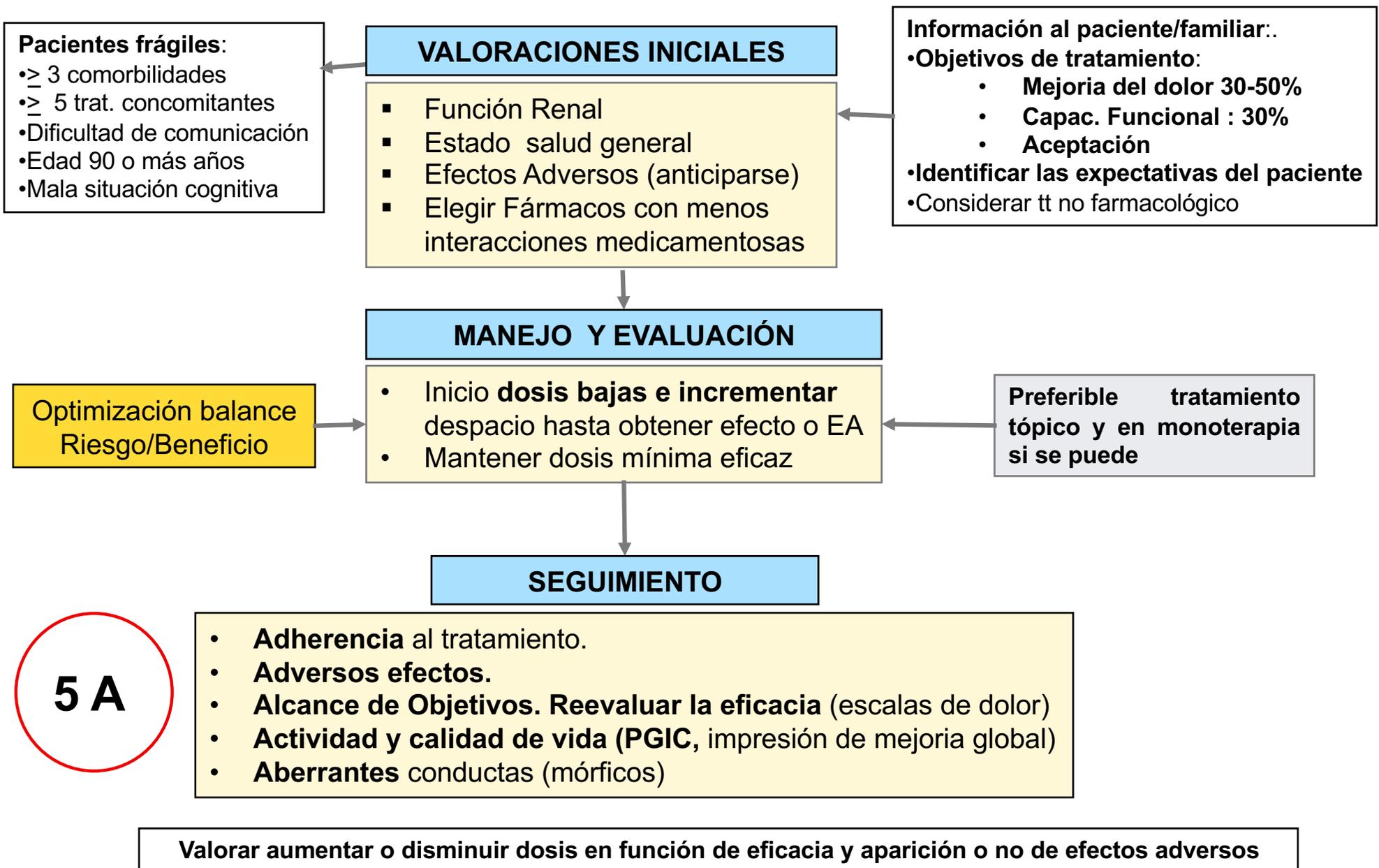
TRATAMIENTO TOPICO:

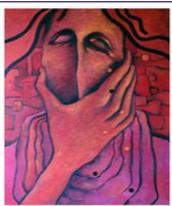
- APÓSITO DE LIDOCAÍNA 5%: N. PH + ALODINIA
- PARCHES DE CAPSAICINA

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FÁRMACOS PARA EL DN

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	EFECTOS SECUNDARIOS
ATC	AMITRIPTILINA NORTRIPTILINA IMIPRAMINA	Anticolinérgicos: RAO, boca seca, estreñimiento, aumento de peso, sedación , visión borrosa, midriasis. Serotoninérgicos: náuseas y vómitos Cardiovasculares: Taquicardia, temblor, Ortostatismo.
ISRS	PAROXETINA SERTRALINA FLUOXETINA	Náuseas , exantemas, debilidad, ansiedad, parestesias diarrea.
ISRNS	DULOXETINA VENLAFAXINA	-Náuseas, boca seca, estreñimiento, mareo, fatiga somnolencia. Contraindicada en glaucoma -Náuseas, HTA , estreñimiento, Ajuste dosis en IR.
ANTEPILEP (FAES)	CARBAMAZEPINA GABAPENTINA PREGABALINA LAMOTRIGINA	- Sedación, náuseas , diplopia y vértigos . Alt. Hematol. Hepáticas, hiponatremia. Monitorizar y control analítico. - Boca seca, ataxia, astenia. Ajuste dosis en IR -Edema periférico, aumento de peso. Ajuste dosis IR -Visión borrosa, Sd Stevens-Johnson. Necrolisis epider
OPIOIDES	MORFINA OXICODONA TRAMADOL	-Náuseas, vómitos, sedación, RAO estreñimiento -Ataxia, hipotensión ortostática, sedación, estreñimiento -Mareo , vértigo, hipotensión, náuseas boca seca cansancio, estreñimiento.
TÓPICOS	CAPSICINA LIDOCAINA	-Sensación de quemazón, escozor cutáneo, eritema irritativo, sequedad de la piel. - Dermatitis de contacto, edema, broncoespasmo, urticaria.

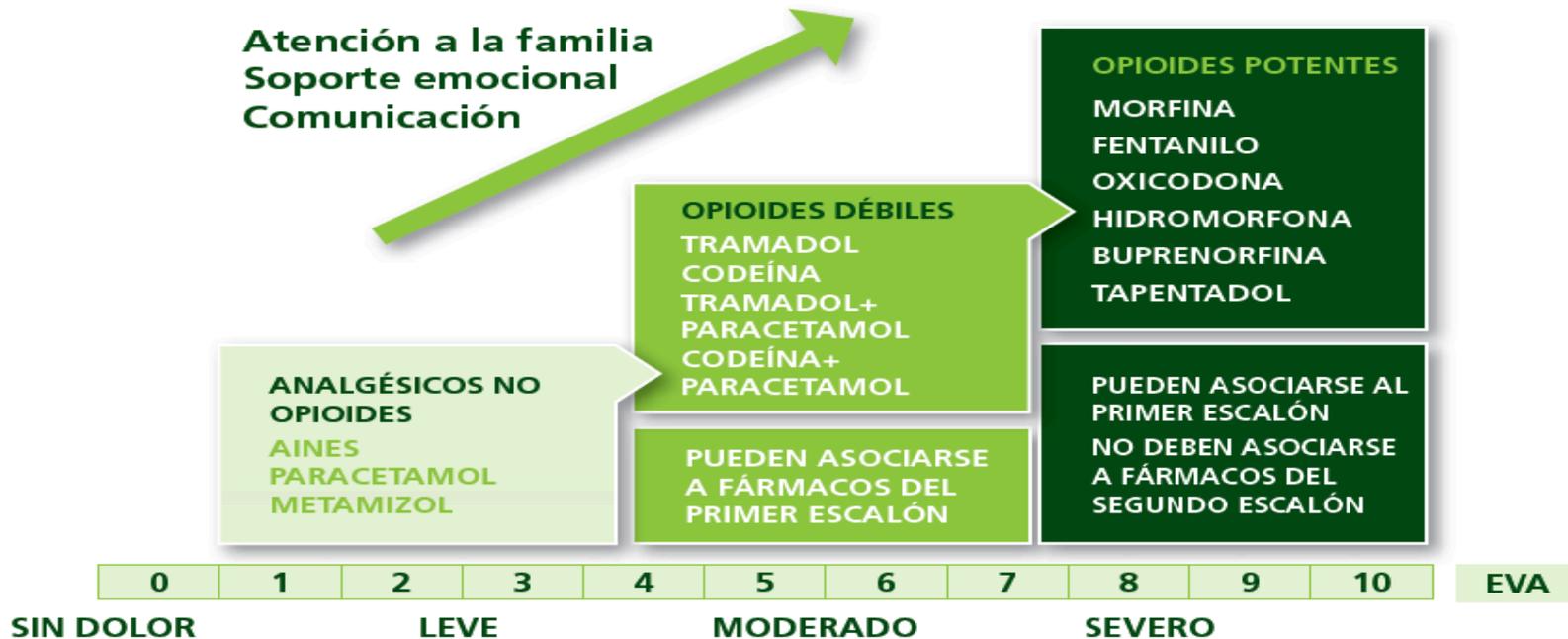
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LOS FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS NEUROTRANSMISORES





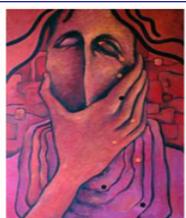
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR NOCICEPTIVO

Escalera analgésica



COADYUVANTES
EN CUALQUIER ESCALÓN SEGÚN LA SITUACIÓN CLÍNICA Y LA CAUSA ESPECÍFICA DEL DOLOR:
ANTICONVULSIVOS, ANTIDEPRESIVOS, CORTICOIDES, ANSIOLÍTICOS, ETC

La utilización de los fármacos viene determinada por la **intensidad del dolor** pero siguiendo los peldaños en el **tiempo de forma progresiva y escalonada**.

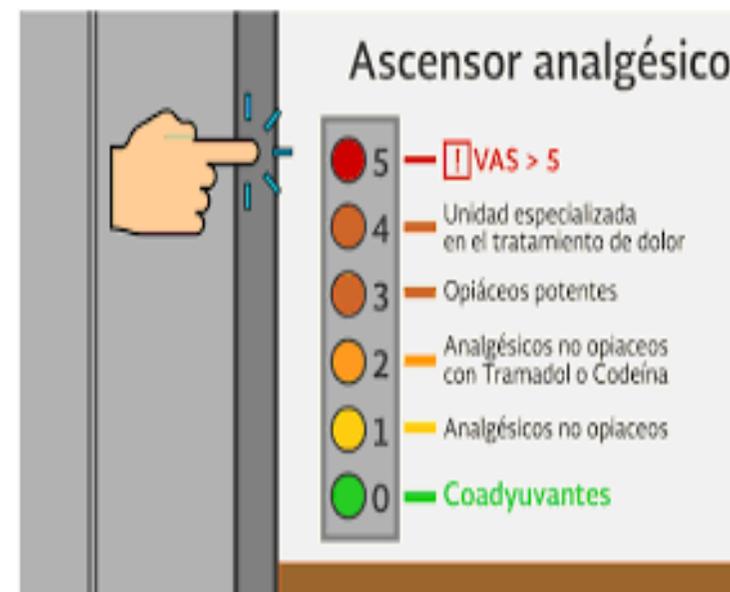


TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR NOCICEPTIVO

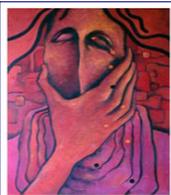
Concepto del ascensor analgésico



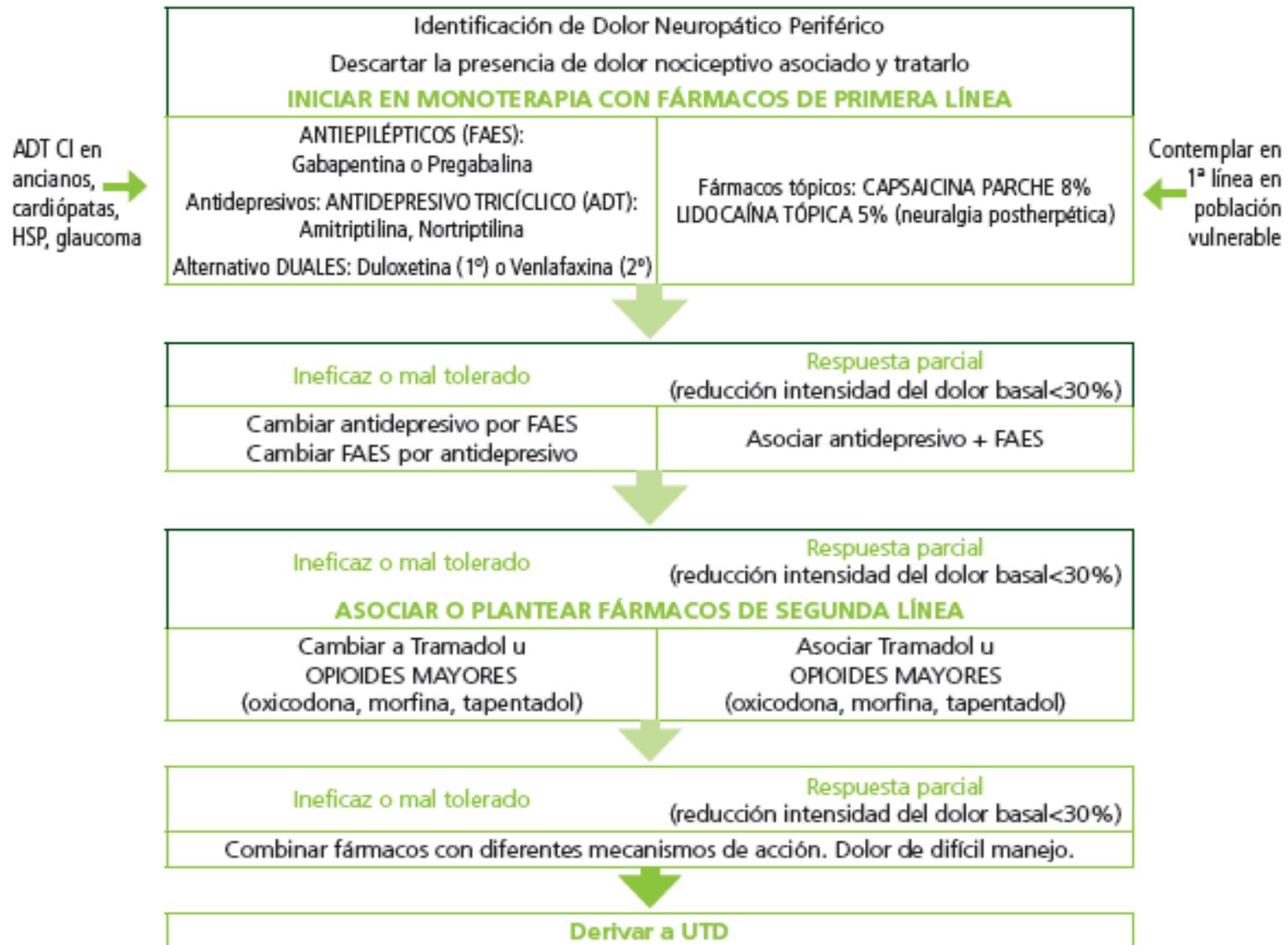
INMEDIATEZ



Se prioriza el fármaco en función de la intensidad algica expresada por el paciente. Se utilizan opioides potentes si la intensidad del dolor así lo requiere, sin paso previo por AINES u opioides débiles. Se establece una **evaluación y medición continua del dolor** para determinar el mejor tratamiento en cada momento.



ALGORITMO ANALGÉSICO EN DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO “ESCALERA ANALGÉSICA ADAPTADA”

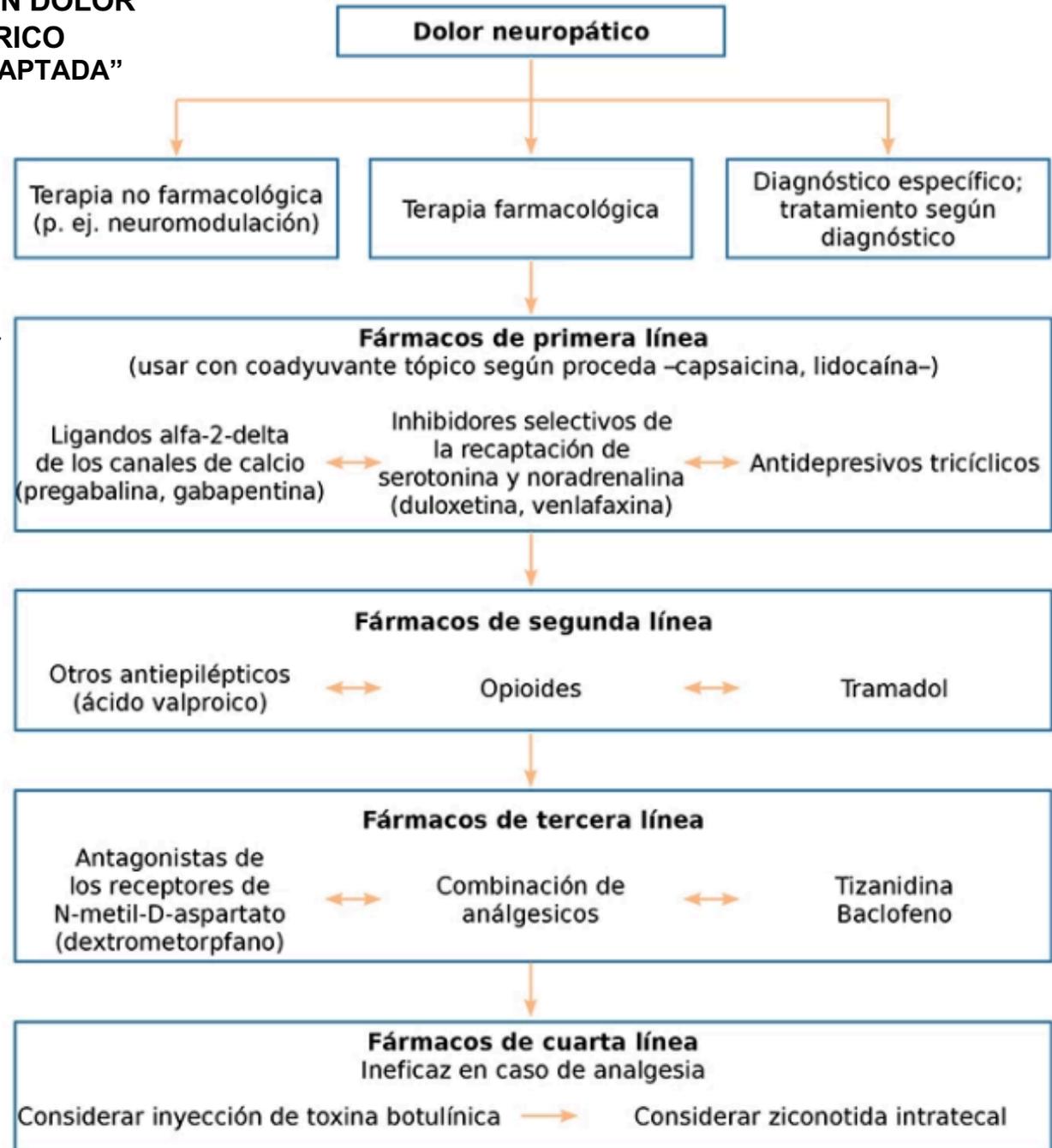


Modificado de A. Martínez-Salio et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático.
Med Clin(Barc).2009;133(16):629-636.



ALGORITMO ANALGÉSICO EN DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO "ESCALERA ANALGÉSICA ADAPTADA"

Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. Ellen WK Rosenquist. **UpToDate 2018**



UTD

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES NMDA

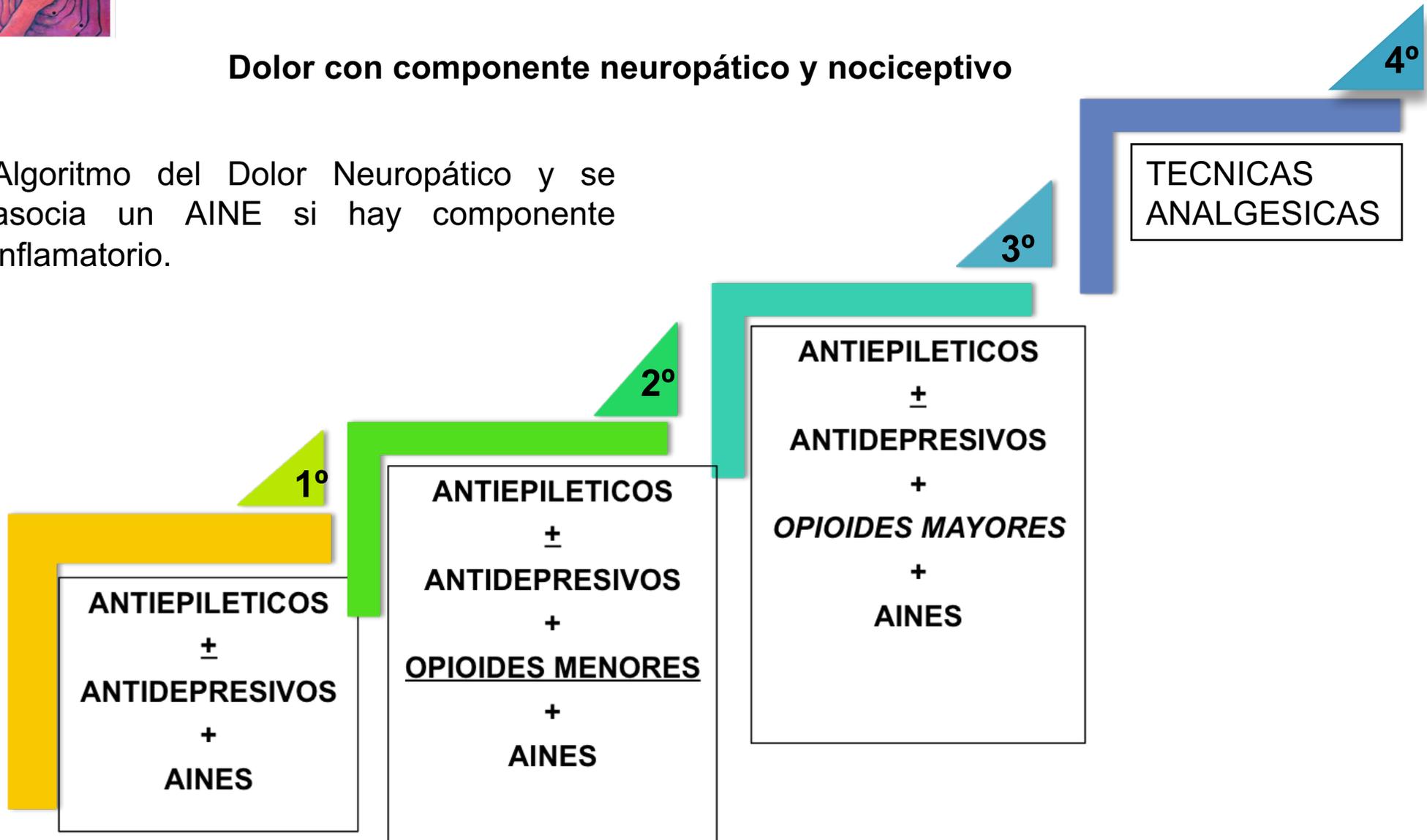
1. Ketamina
2. Dextrometorfan
3. Memantina
4. Amantadina



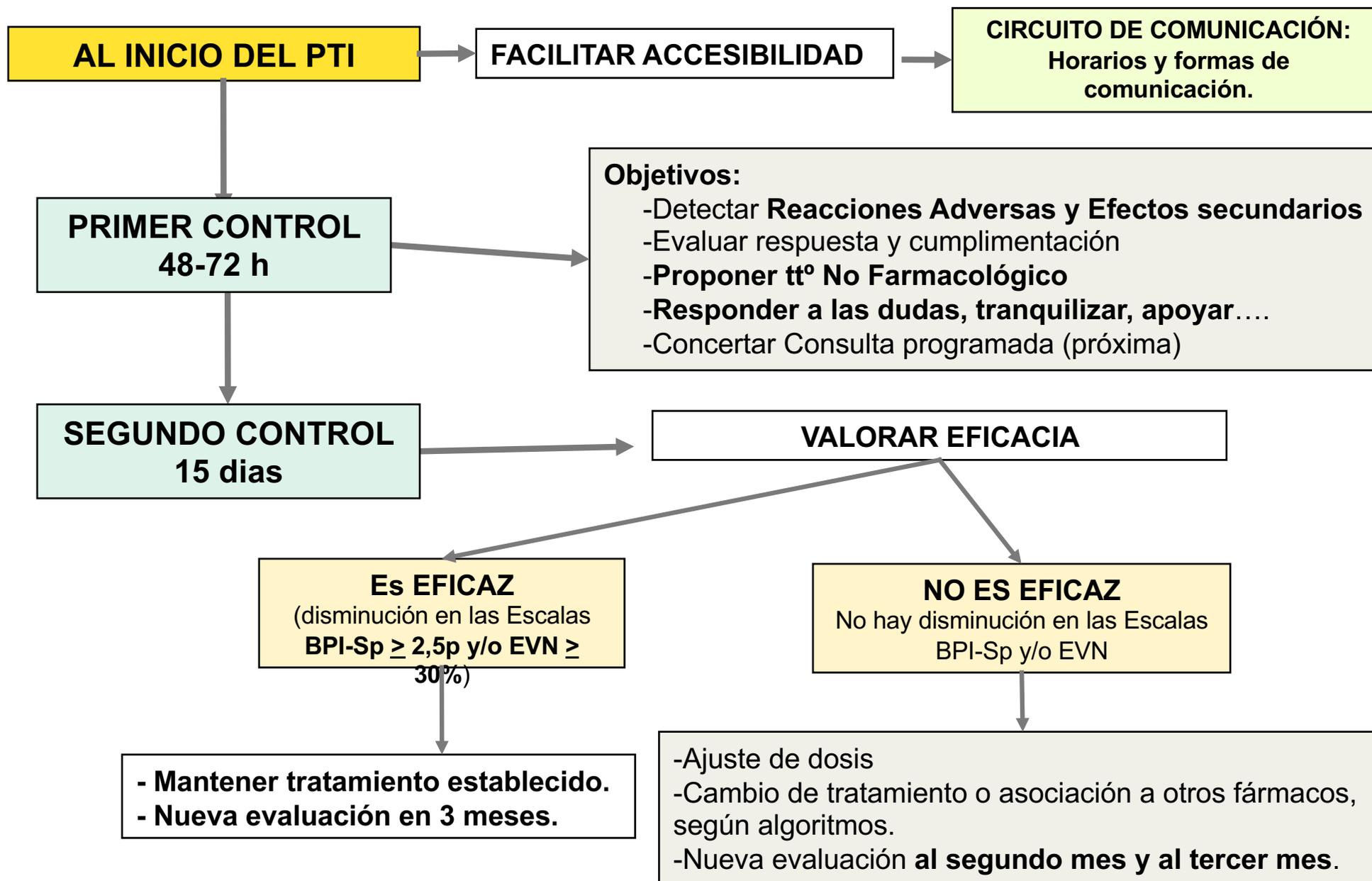
TRATAMIENTO DEL DOLOR MIXTO

Dolor con componente neuropático y nociceptivo

Algoritmo del Dolor Neuropático y se asocia un AINE si hay componente inflamatorio.

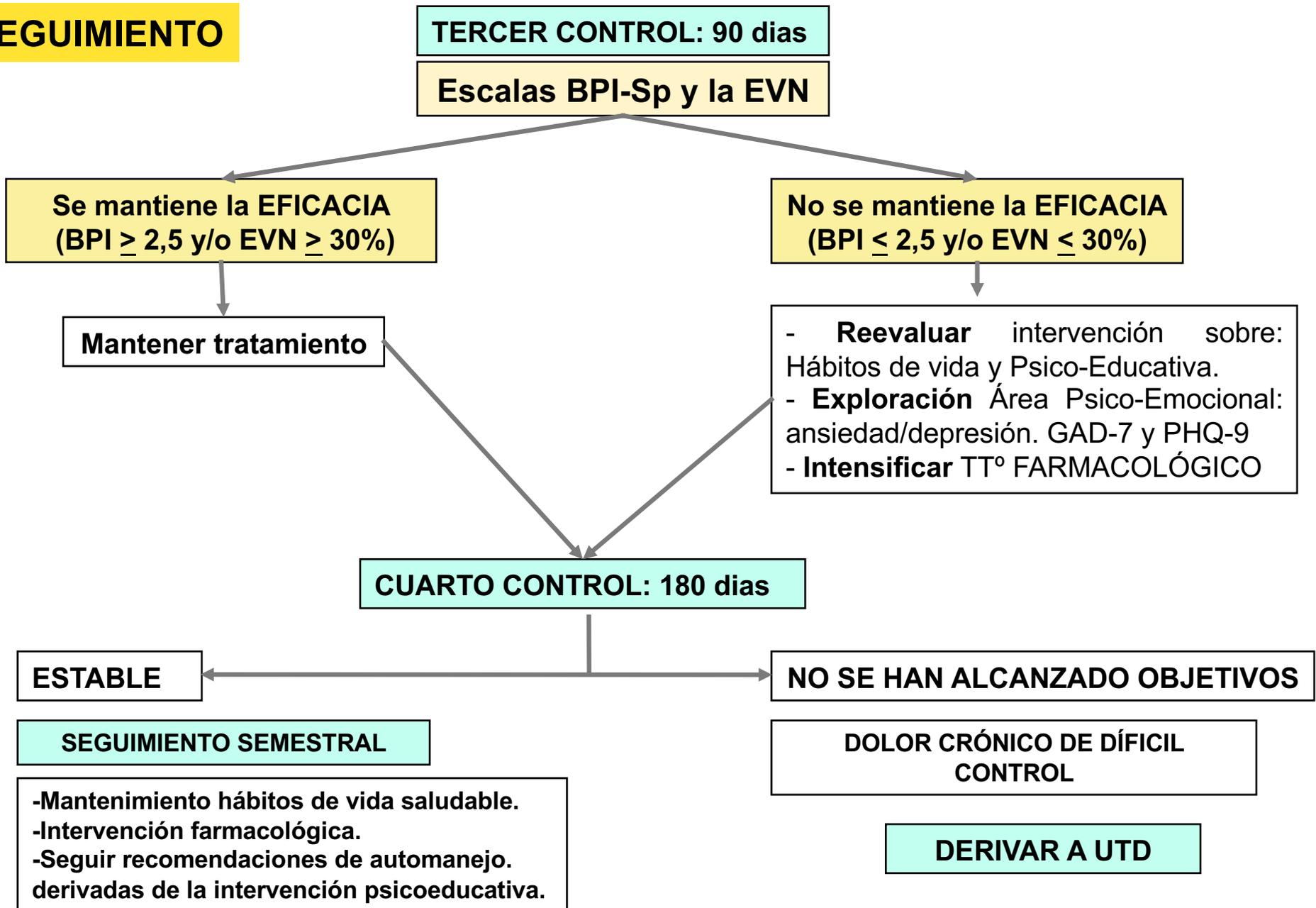


MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DCNO



MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DCNO

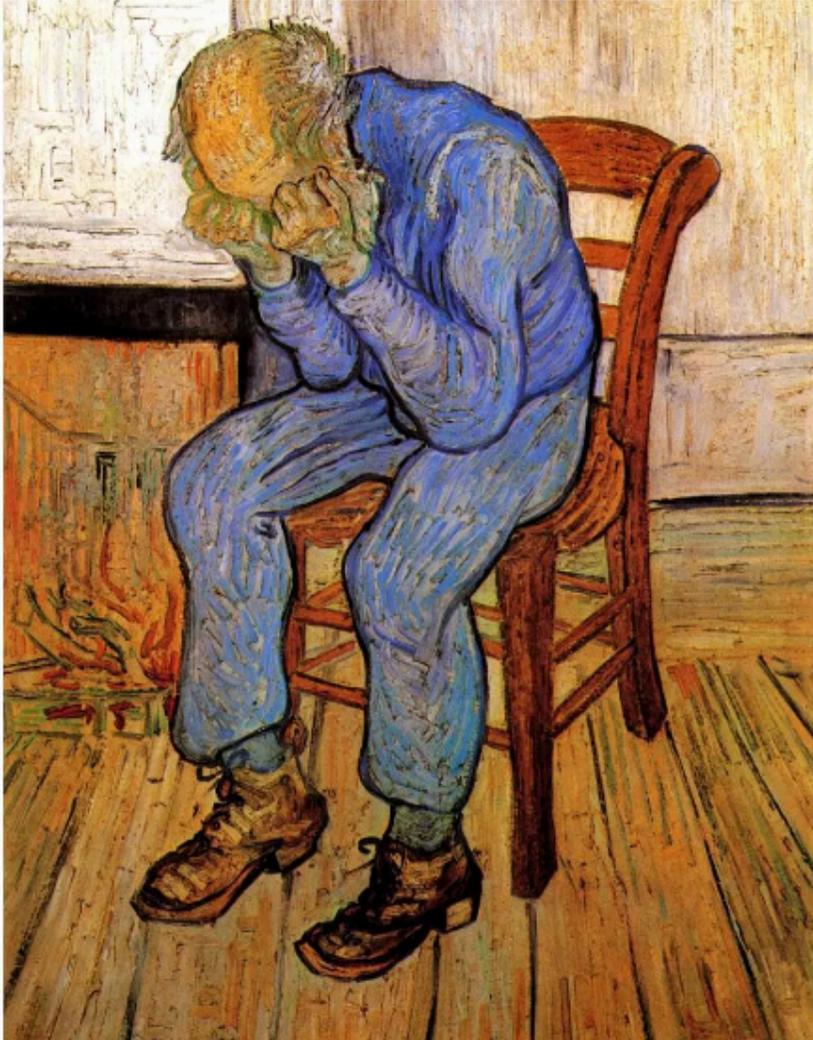
SEGUIMIENTO





CUÁNDO DERIVAR A ATENCIÓN HOSPITALARIA

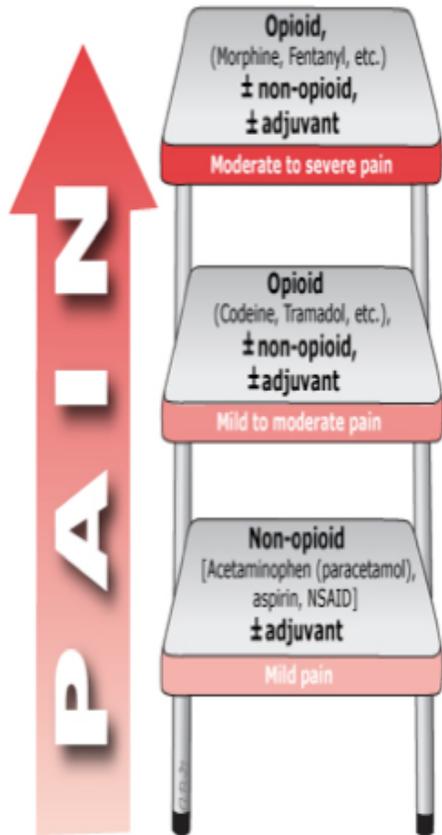




“El dolor es inevitable pero el sufrimiento es opcional”

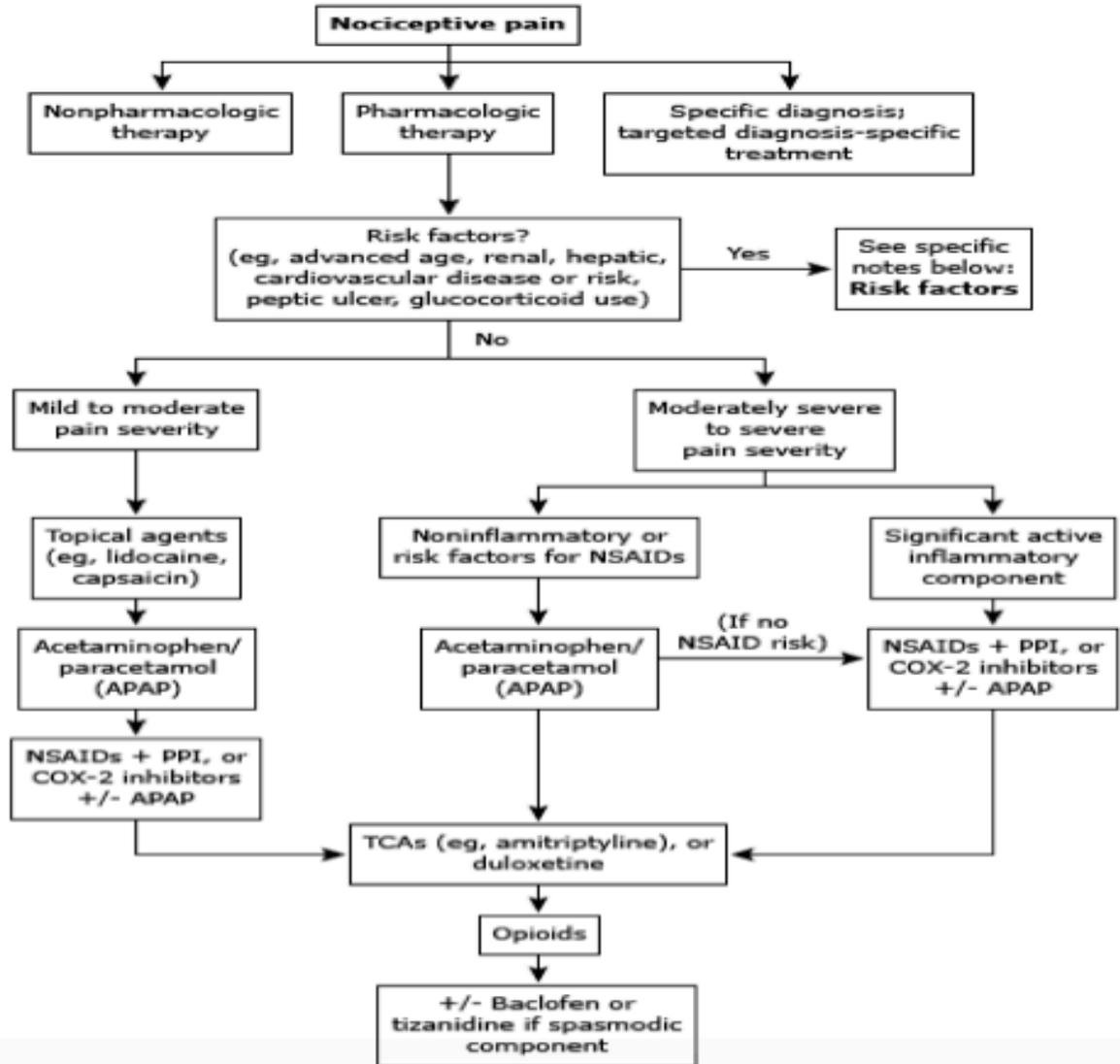
Buda (563 AC-486 AC)

Muchas gracias.



NSAID: nonsteroidal antiinflammatory drug.

Nociceptive pain: Pharmacologic approach



Risk factors:

- Chronic kidney disease, advanced age - avoid NSAIDs and COX-2 inhibitors.
- Peptic ulcer disease, glucocorticoid use - avoid NSAIDs.
- Hepatic disease - avoid NSAIDs, COX-2 inhibitors, and acetaminophen (APAP); use TCAs or duloxetine first line.
- Cardiovascular disease or risk - use lowest effective dose of NSAIDs; in patients who require treatment, suggest naproxen.

NSAID: nonsteroidal anti-inflammatory drug; COX-2: cyclooxygenase 2 inhibitor; APAP: acetaminophen/paracetamol; TCA: tricyclic antidepressant; PPI: proton pump inhibitor.

Medicamento	Dosis Inicial	Titulación	Dosis máxima	Duración del estudio
Ligandos $\alpha_2\delta$				
Gabapentina	100–300 mg al acostarse o tid	↑ por 100–300 mg tid cada 1–7 días	3600 mg/día	3–8 semanas + 2 semanas a la dosis máx.
Pregabalina	50 mg tid o 75 mg bid	↑ a 300 mg/día después 3–7 días, luego por 150 mg/día cada 3–7 días	600 mg/día	4 semanas
IRSNs				
Duloxetina	30 mg qd	↑ a 60 mg qd después 1 semana	60 mg bid	4 semanas
Venlafaxina	37.5 mg qd	↑ por 75 mg cada semana	225 mg/día	4–6 semanas
TCAs (desipramina, nortriptilina)	25 mg al acostarse	↑ por 25 mg/día cada 3–7 días	150 mg/día	6–8 semanas , con ≥ 2 semanas a la dosis máx. tolerada
Lidocaína tópica	Max. 3 5% parches/día por 12 h máx.	No se requiere	Max. 3 parches/día por 12–18 h máx.	3 semanas

October 25, 2018



¿ PORQUÉ OCURRE? CUALES SON LOS MOTIVOS DE ESTA INSATISFACCION POR PARTE DE LOS PACIENTES

NIVEL	MOTIVOS
PROFESIONALES	<ul style="list-style-type: none">✓ Escasa importancia del Dolor en periodo formativo✓ Desconocimiento científico de los distintos cuadros y tipos de dolor✓ Dificultades burocraticas en determinadas prescripciones✓ Inercia terapeutica✓ Ausencia/desconocimiento de protocolos o PAI✓ Presión asistencial desmedida (minutos/paciente)
PACIENTES	<ul style="list-style-type: none">✓ Escasa cultura sanitaria.✓ Tabues y miedos desmedidos a determinados farmacos✓ Desconfianza en el Profesional, consultan a varios.✓ No adherencia al tratamiento y mala cumplimentacion
ADMINISTRACION SANITARIA	<ul style="list-style-type: none">✓ Escasa sensibilidad a los pacientes afectos de dolor✓ Minimo apoyo a los profesionales en medios, medios diagnosticos, terapeuticos y en formacion.✓ Ausencia de un Plan Estratégico Nacional para la mejora del manejo del dolor agudo y crónico.✓ Ausencia o escasa consolidacion de circuitos asitenciales adecuados.✓ La escasa o no formacion de los profesionales sanitarios en la Facultad sobre el dolor especificamente

TRATAMIENTO MULTIDIMENSIONAL

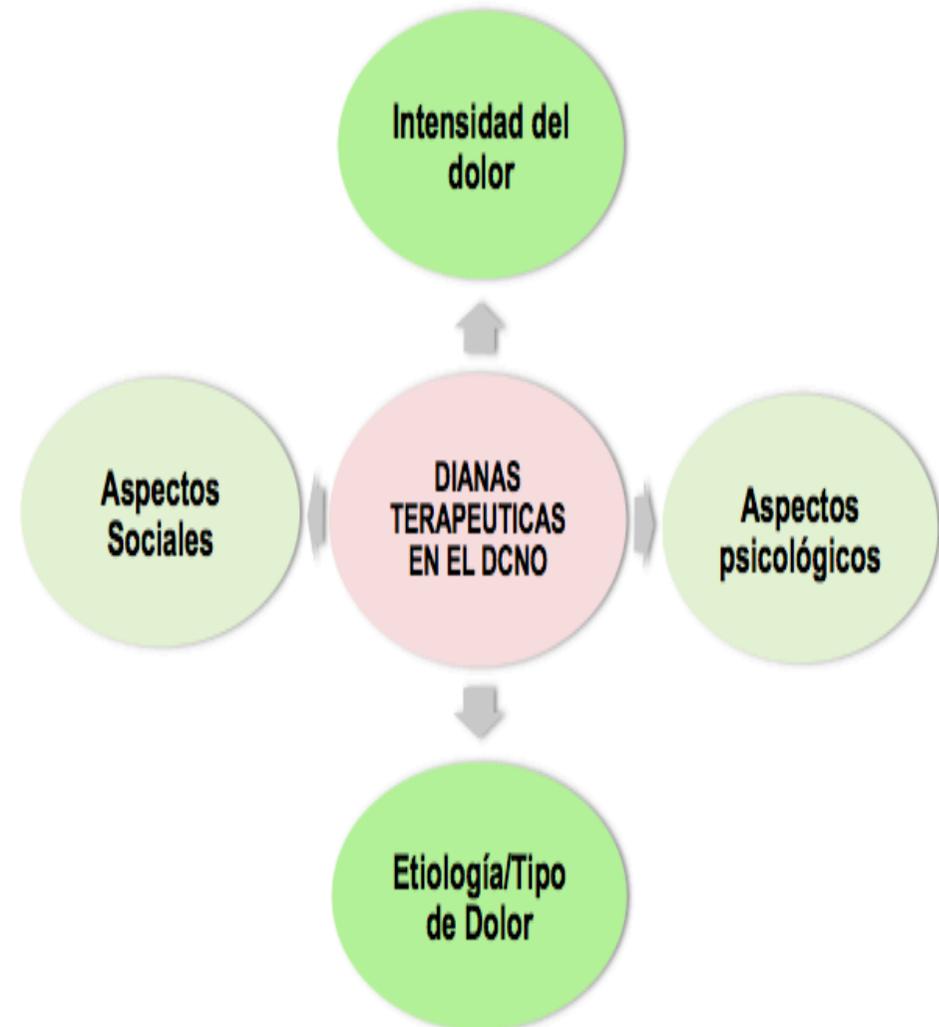
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



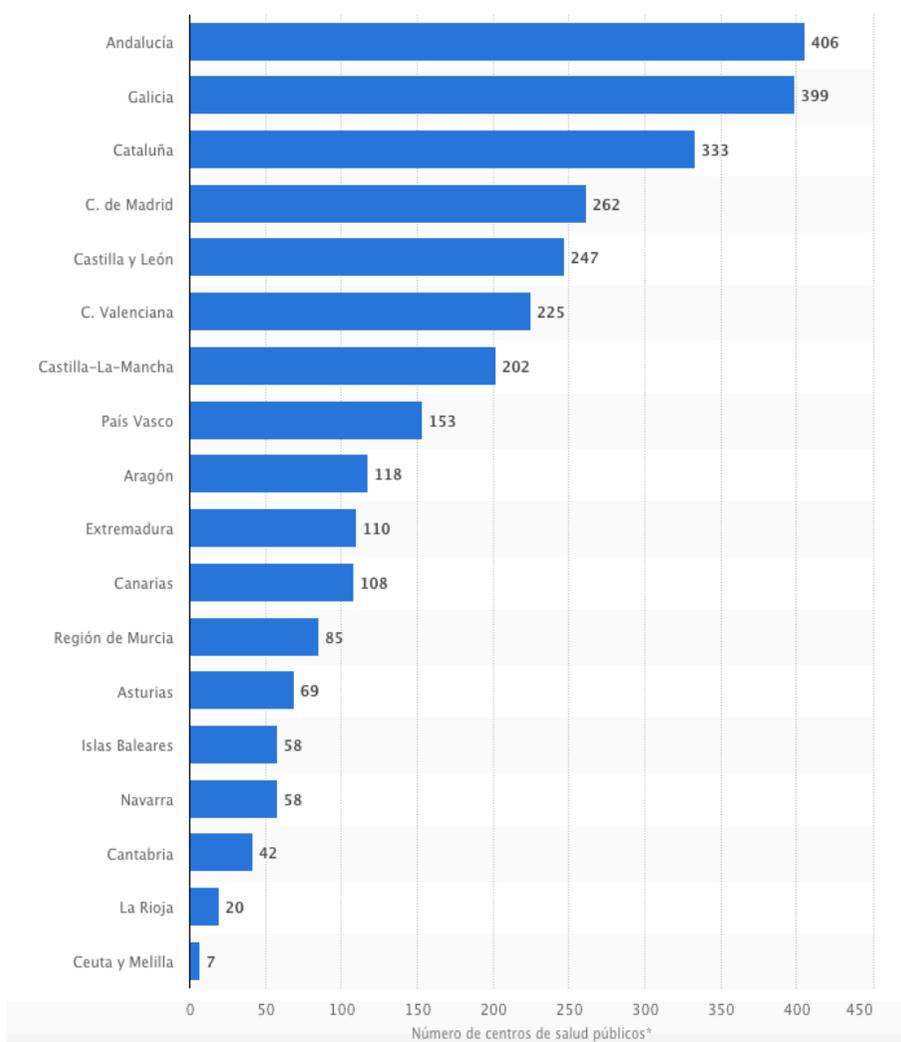
DIANAS TERAPEUTICAS



EPIDEMIOLOGIA DEL DCNO

DATOS DEL AÑO 2017

CENTROS DE SALUD AP (Por Comunidad Autónoma)



G Cerda. Guia de actuacion clinica en AP. GVA²

✓ El dolor es el motivo de consulta mas frecuente² en Atención Primaria (AP). Supone más del 60% de estas. *Pain Proposal CV*

El dolor crónico supone mas del 50% de las consultas de Atención Primaria.

✓ TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (SED)

- AP: 83%
- Otras Especialidades: 15%
- UTD: 2%

✓ COMORBILIDAD DEL DOLOR CRÓNICO:

- ✓ Altera el sueño (52%)
- ✓ Depresion (48%)
- ✓ Ansiedad (47%)
- ✓ Ausencia trabajo (23%)
- ✓ Despidos del trabajo (22%)



¿MANEJAMOS BIEN EL DCNO ? ¿ESTÁN SATISFECHOS NUESTROS PACIENTES?

40% de pac. con dolor moderado-severo **NO OBTIENE ALIVIO** con analgésicos prescritos

29% muestra Española y 38% de la Europea Consideran q. **reciben ttº NO ADECUADO DC**

62% y 47% sintieron falta de concienciación y duda en su entorno, sobre la existencia de su dolor.

1 de cada 4 pac cambia d Médico mas de 3 veces por **CAMBIOS SUBOPTIMO** en el control del DC.

85% de Médicos encuestados expresaron su deseo d recibir formación sobre Dolor Crónico

29% de pac. **ha consultado con 3 o mas Médicos** de distintas especialidades

48% **ESTÁN DESCONTENTOS** por tiempo de espera en recibir ttº adecuado para su Dolor crónico

42% estiman que **SU DOLOR ES INFRAVALORAD** O por su Médico o su especialista.

39% de los Profesionales **SUBESTIMAN LA INTENSIDAD** del dolor de sus pac. en mas d 2 puntos en EVN





TIPOS DE DOLOR Y ETIOPATOGENIA

DOLOR NEUROPATICO

Lesión o disfunción primaria del SNC o SNP

D. NE. PERIFERICO

- N. DIABETICA
- N. POSTHERPETICA
- N. TRIGEMINO
- SDRC II
- M. FANTASMA
- RADICULOPATIA
- N. COMPRESIVA
- N. POSTCIRUGIA

D.NE. CENTRAL

- POST-AVC
- SIRINGOMIELIA
- ESCL. MULTIPLE
- LESION MEDULAR

DOLOR MIXTO

Dolor con componente neuropatico y nociceptivo

- LUMBALGIA con radiculopatía
- RADICUL. CERVICAL
- SDRC I (sin afect. Neurol)
- SD TUNEL CARPIANO
- OTROS
- ATRAPAMIENTOS NERV.

DOLOR NOCICEPTIVO

Causado por lesión de tejidos corporales (musculo-esqueletico, cutaneo o visceral)

D.NOC. SOMATICO SUPERFICIAL

- HERIDAS SUPERFIC.
- QUEMADURAS SUPERF

D.NOC. SOMATICO PROFUNDO

- ESGUNICES
- FRACTURAS
- DOLOR MIOFASCIAL
- ARTROSIS
- LUMBALGIA

D.NOC. VISCERAL

- DOLOR ABDOMINAL
- DOLOR TORACICO
- D. ONCOLOGICO sin infiltración nerviosa

PACIENTE CAPACITADO

Paciente **responsable** de su Enfermedad, es decir :

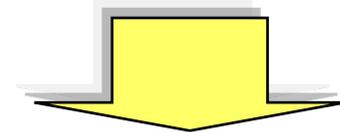
- **Ha aprendido a AUTOCUIDARSE** (Educado en Autocuidados)
- **Identificar los síntomas generales y de alarma o gravedad**



Capaz de Gestionar mejor el impacto Fisico, Emocional y Social



Capaz de transmitir sus conocimientos y su experiencia a otros pacientes



PACIENTE EXPERTO

ALGORITMO ANALGÉSICO EN DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO "ESCALERA ANALGÉSICA ADAPTADA"

