

Model d'atenció al Dolor Crònic a Catalunya:

Maneig del pacient amb dolor
neuropàtic a l'atenció primària

Criteris de Planificació de les
Unitats de Dolor

MODEL D'ATENCIÓ AL DOLOR CRÒNIC A CATALUNYA:

- **Maneig del pacient amb dolor neuropàtic a l'atenció primària**
- **Criteris de planificació de les unitats de dolor**

**Direcció General de Planificació i Avaluació
Departament de Salut**

ÍNDEX

	Presentació
	Introducció
1	Resum executiu
2	Justificació
3	Objectius
4	Metodologia de treball
5	Anàlisi de situació
	5.1. Magnitud del problema
	5.2. Repercussió sobre els serveis sanitaris
	5.3. Aspectes econòmics
	5.4. Problemes detectats
6	Model d'atenció al dolor crònic neuropàtic a l'atenció primària
7	Criteris per a la planificació de les unitats de dolor
8	Eines de formació i sensibilització dels professionals
9	Línies d'actuació futures
10	Indicadors d'avaluació
11	Annexos
	11.1. Annex 1. Enquesta sobre les unitats de dolor de Catalunya
	11.2. Annex 2. Valoració i seguiment del dolor crònic neuropàtic
	11.3. Annex 3. Qüestionari DN4
	11.4. Annex 4. Revisió de l'evidència sobre el tractament farmacològic del dolor neuropàtic
	11.5. Annex 5. Algoritme de tractament farmacològic del dolor neuropàtic
12	Professionals que hi han participat
13	Bibliografia

PRESENTACIÓ

El bon nivell de qualitat i eficàcia del sistema sanitari català fa que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'increment de l'eficàcia dels serveis de salut. Els principis que orienten les polítiques de salut i de serveis són l'equitat, l'eficiència, la seguretat, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb els serveis. En la planificació de serveis aquests principis es tradueixen en tres elements clau: l'accessibilitat en els diversos àmbits (territorial, temporal, social i cultural); la qualitat en el resultat i en el procés d'atenció, i el cost de les intervencions que s'han de dur a terme en els diferents tipus de serveis. L'exercici de definició de criteris i la discussió de les propostes de desplegament i adequació dels recursos es basa en la interrelació entre aquests elements, de manera que l'atenció es pugui donar tan a prop com sigui possible del domicili de les persones afectades, en el moment oportú, sense que es produeixin desigualtats entre grups de població i territoris, garantint la màxima qualitat possible i en l'alternativa més eficient.

El model d'atenció al dolor crònic pretén assegurar un model que sigui accessible, equitatiu, de qualitat i eficient. El dolor és un símptoma que és present en moltes malalties i, per tant, les propostes de millora en el seu maneig apareixen de manera transversal en diferents plans directors i estratègics. Les recomanacions que es proposen des del grup de treball sobre dolor són aplicables a qualsevol tipus de dolor crònic, però aquest document s'adreça específicament a l'atenció al dolor neuropàtic, menys freqüent però molt incapacitant, atès que els altres tipus de dolor crònic són objecte dels plans directors de malalties reumàtiques, sociosanitari i d'oncologia. Els elements que formen el model que aquí es proposa inclouen eines per millorar la qualitat de l'atenció als pacients amb dolor neuropàtic en l'atenció primària, així com la definició del paper de suport que ha de tenir l'atenció especialitzada en el tractament i el seguiment de les patologies de base que originen el dolor. La segona part del document fa referència a criteris de planificació de les unitats de dolor, serveis hospitalaris que actuen donant suport a l'atenció primària, i l'atenció especialitzada en el tractament de pacients amb dolor crònic complex o de tractament difícil.

Els vull presentar el resultat d'aquest grup de treball, que estableix criteris per a la reordenació de les unitats del dolor i recomanacions sobre l'avaluació i el tractament del dolor neuropàtic en l'atenció primària. Aquesta proposta, com a eina de treball, s'acompanya del desenvolupament dels processos assistencials i dels circuits necessaris per fer operatives les dues estratègies proposades en les diferents regions i governs territorials de salut de Catalunya, a través de la planificació operativa i la compra de serveis del Servei Català de la Salut. A tots els qui han participat en l'elaboració del document vull agrair-los la dedicació i l'esforç realitzats. Espero i desitjo que aquest *Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya. Maneig del dolor neuropàtic a l'atenció primària i criteris de planificació de les unitats de dolor* sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans i les ciutadanes de la Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut

INTRODUCCIÓ

Conceptes

Definició i classificació del dolor

El dolor com a experiència subjectiva i pròpia de cada persona és molt difícil de definir. La Societat Internacional per a l'Estudi del Dolor (IASP) l'ha definit de la manera següent: "experiència sensorial i emocional desagradable, associada o no a una lesió tissular, o que es descriu com les manifestacions pròpies d'aquesta lesió".

El dolor pot classificar-se de diferents maneres:

- segons el mecanisme d'origen:
 - dolor nociceptiu provocat per l'estimulació dels nociceptors,
 - dolor neuropàtic provocat per una lesió o una malaltia del sistema somatosensorial, i
 - dolor mixt.
- segons la durada:
 - dolor agut i
 - dolor crònic si dura més de tres mesos.
- segons l'etiologia: depenent de la patologia que el genera.

Dels diferents estudis epidemiològics es pot concloure que, pel que fa al **dolor crònic**¹, l'origen i el mecanisme són diversos:

- El 70% és osteomuscular (de caire nociceptiu).
- El 10-20% és neurologiconeuropàtic.
- El 8% és oncològic (neuropàtic, nociceptiu o mixt).
- La resta és degut a altres causes, com el dolor visceral o el d'origen desconegut.

Marc del document

Aquest document, després de fer una anàlisi de la situació formula propostes en tres àmbits: per una banda, proposa línies per millorar el maneig clínic d'aquests pacients; per l'altra, establir criteris de planificació de les unitats de dolor a fi de disminuir la variabilitat territorial i assegurar el continu assistencial i, finalment, proposa línies de formació i sensibilització dels professionals.

En la primera part del document cal tenir en compte que l'abordatge del dolor crònic no es pot dur a terme de manera inespecífica sense tenir en compte quines són les patologies que l'originen. L'atenció al **dolor crònic d'origen osteomuscular** s'ha treballat en el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor (PDMRAL) a través de diferents línies estratègiques i està recollit en la publicació del dit pla.² Pel que fa a l'atenció al **dolor d'origen oncològic** ja hi ha una xarxa de serveis de cures pal·liatives força consolidada i el seu abordatge es contempla en el marc del Pla director d'oncologia i el Pla director sociosanitari. Finalment, el document que teniu a les mans se centra en les propostes d'atenció al **dolor crònic d'origen neuropàtic** en l'atenció primària (AP).

La segona part del document se centra en l'elaboració de recomanacions i criteris de planificació de les unitats de dolor (UD) adaptats a la realitat actual del nostre país i amb l'objectiu de mantenir l'equitat, millorar l'accessibilitat i la qualitat, i fer-ho de manera

eficient.

Les propostes d'aquest document s'han sotmés a un procés de consens amb societats científiques, plans directors i organitzacions de proveïdors de serveis.

1. RESUM EXECUTIU

Els objectius generals del *Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya. Maneig del dolor neuropàtic des de l'atenció primària i criteris de planificació de les unitats de dolor* són:

- Millorar la qualitat de vida de les persones que pateixen dolor crònic.
- Oferir als pacients afectes de dolor crònic una atenció sanitària accessible, efectiva, basada en l'evidència, amb criteris d'equitat, subsidiarietat i sostenibilitat.
- Millorar la sensibilització i la capacitació dels professionals que intervenen en l'atenció al dolor crònic.

Anàlisi de la situació

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006, un 33% de la població diu que té molts problemes o problemes moderats de dolor/malestar. El dolor es troba entre els primers trastorns crònics declarats per la població, amb una important afectació de la qualitat de vida de les persones que el pateixen.

La prevalença del dolor crònic en la població adulta del territori espanyol és del 23,4%. La prevalença de dolor crònic és superior entre les dones i augmenta en els grups de més edat. La principal causa declarada són els problemes osteomusculars.

La prevalença del dolor neuropàtic agut o crònic se situa entorn del 6-8% de la població. Habitualment la intensitat del dolor neuropàtic és elevada i sol associar-se a la depressió i els problemes per dormir. Diversos estudis mostren que l'afectació de la qualitat de vida, després d'ajustar-la segons la intensitat del dolor, és superior en el dolor neuropàtic que en altres tipus de dolor crònic.

Segons estudis espanyols i anglesos, el dolor crònic és la primera causa de visita en l'atenció primària, amb més del 30% de les visites. Aproximadament el 40% dels pacients que atenen els metges d'atenció primària per dolor presenten una intensitat lleu, mentre que el 15% tenen una intensitat elevada. Dels pacients visitats en l'AP, entre el 8% i el 12% presenten problemes de dolor neuropàtic pur, i entorn del 20% dolor mixt (nociceptiu més neuropàtic).

S'han detectat dèficits en el maneig clínic del pacient amb dolor crònic:

- Hi ha poca valoració i atenció del problema de dolor.
- Hi ha una manca d'avaluació i de seguiment del dolor tant en l'atenció primària com en l'atenció especialitzada.
- Hi ha problemes amb l'adequació del tractament, bé per inadequació, infratractament o per excés de medicalització d'un símptoma que, de vegades, podria millorar amb altres estratègies.

A Catalunya hi ha 41 unitats de dolor en els hospitals de la xarxa pública. Hi ha variabilitat territorial en la localització, els recursos i l'activitat de les unitats de dolor. El 2009 es van fer 113.375 actes mèdics (visites, procediments i ingressos) en les unitats de dolor, 32.328

dels quals van ser procediments i tècniques. Els motius de consulta més freqüents són, per ordre: lumbàlgia, cervicàlgia, artràlgies, fibromiàlgia, dolor miofascial, neuràlgia postherpètica, neuropaties metabòliques i dolor oncològic.

El dolor crònic de diferents etiologies té uns costos associats importants. Els costos directes són originats fonamentalment per l'increment de la utilització de serveis sanitaris (visites a professionals, proves, transport sanitari, ingressos) i per l'augment de la prescripció de fàrmacs. Els costos directes associats al dolor mostren, segons un estudi espanyol, que els pacients en llista d'espera per ser atesos en una unitat de dolor tenen un cost mitjà mensual de 403 € (2004). Pel que fa als costos indirectes, i a partir de les dades d'un estudi d'àmbit europeu, la pèrdua de dies de treball durant els últims sis mesos associada al dolor crònic és de 7,8 dies de mitjana al conjunt d'Europa, i de 8,7 dies a Espanya.

En resum, els principals problemes detectats en l'anàlisi de situació són:

1. L'impacte sobre els serveis amb probable augment de la demanda per l'elevada prevalença (que es preveu que augmentarà), l'afectació sobre la qualitat de vida i els costos directes i indirectes associats.
2. Els dèficits detectats en el maneig clínic del dolor crònic.
3. La fragmentació de l'atenció entre diferents nivells assistencials i diferents professionals, i la manca de claredat de la cartera de serveis i dels criteris de derivació a les unitats de dolor i l'atenció especialitzada.
4. La variabilitat territorial en localització, recursos i activitat de les UD a Catalunya, que disminueix l'assoliment de l'equitat i de la qualitat en l'atenció.

Atenció al dolor crònic neuropàtic en l'atenció primària

El Model proposa recomanacions per millorar l'atenció al pacient amb dolor crònic neuropàtic en l'atenció primària, basades en la identificació correcta i el diagnòstic diferencial entre dolor nociceptiu i neuropàtic; la valoració de la intensitat del dolor; les recomanacions de tractament farmacològic, i la implicació de personal d'infermeria i altres professionals sanitaris en el seguiment.

Els nivells de resolució i els criteris de derivació a l'atenció especialitzada i a les unitats de dolor s'han de pactar i protocol·litzar territorialment entre l'atenció primària, l'atenció especialitzada i les unitats de dolor, d'acord amb els criteris generals establerts pel Model, el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor i el Pla d'innovació per a l'atenció primària i la salut comunitària.

Criteris de planificació de les unitats de dolor

Els criteris de planificació de les unitats de dolor tenen com a punt de partida reforçar la capacitat resolutiva de l'atenció primària. La metodologia seguida per elaborar els criteris ha estat:

1. Identificar els malalts que han de ser atesos en els diferents nivells assistencials.
2. Definir la cartera de serveis i perfils professionals que han de formar part de les UD.
3. Establir els nivells de resolució i els circuits de derivació entre els dispositius assistencials.

4. Proposar criteris de reordenació necessaris per disminuir la variabilitat territorial.

La cartera de serveis de les unitats de dolor s'ha ordenat en tres nivells de complexitat. Els pacients han de ser tractats en l'atenció primària i només en determinats casos haurien de ser derivats a l'atenció especialitzada, que ha de donar suport en el cas de pacients que presentin dificultats en el diagnòstic o el tractament de la patologia de base.

La derivació a una unitat de dolor s'ha de produir segons criteris pactats i procol·litzats entre les unitats de dolor i l'atenció primària, en casos d'intensitat del dolor elevada, dificultats en el tractament, o en el cas de presentar criteris de realització de tècniques intervencionistes per tractar el dolor. L'accés ràpid a les unitats de dolor s'hauria de considerar en aquells pacients que presenten dolor intens d'aparició recent, amb important afectació de la qualitat de vida o interferència en l'activitat laboral o habitual, i amb indicació de tècniques o tractaments més específics.

Les unitats de dolor formaran part de les "unitats funcionals d'aparell locomotor" que seran els dispositius assistencials que organitzaran l'atenció de les diferents especialitats relacionades amb l'aparell locomotor, seguint les directrius del pla director.

La variabilitat en els recursos humans, en la cartera de serveis, en la distribució territorial de les UD i en la seva activitat hauria de tendir a disminuir.

Línies de formació i sensibilització

El Model proposa línies de formació adreçades a metges i personal d'infermeria d'atenció primària, així com canvis en l'itinerari curricular dels metges en formació, per tal d'augmentar la capacitat en el maneig d'aquests pacients.

2. JUSTIFICACIÓ

El dolor no és una malaltia, és un símptoma, però moltes vegades la seva aparició i continuïtat pot empitjorar considerablement la malaltia que el provoca i afectar la qualitat de vida de les persones que el pateixen i dels seus familiars. La no-consideració del dolor com a problema de salut ha provocat en molts casos una infravaloració i un tractament poc adequat.

Segons dades de l'Enquesta de salut de Catalunya³ (ESCA) 2006, un 33% de la població diu que té molts problemes o problemes moderats de dolor o malestar. L'alta prevalença i l'afectació sobre la qualitat de vida justifiquen la posada en marxa d'accions per assegurar una atenció de qualitat. En aquest context, el Departament de Salut proposa un model d'atenció basat en intervencions que s'han de dur a terme en l'àmbit de l'atenció primària i de l'atenció especialitzada, especialment en les unitats de dolor.

3. OBJECTIUS

Els objectius generals del *"Model d'atenció al dolor crònic"* són:

1. Millorar la qualitat de vida de les persones que pateixen dolor crònic.
2. Oferir als pacients afectes de dolor crònic una atenció sanitària accessible, efectiva, basada en l'evidència, amb criteris d'equitat, subsidiarietat i sostenibilitat.
3. Millorar la sensibilització i la capacitació dels professionals que intervenen en l'atenció al dolor crònic.

4. METODOLOGIA DE TREBALL

El *Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya* s'ha elaborat amb el lideratge de la Direcció General de Planificació i Avaluació, de manera coordinada amb el Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor (PDMRAL), el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. El grup de treball ha comptat amb el consens d'una comissió assessora en què estan representades les societats catalanes de Dolor; d'Anestesiologia, reanimació i terapèutica del dolor; de Medicina familiar i comunitària; de Neurologia; de Cirurgia vascular; l'Associació Catalana de Diabetis, i la Societat Espanyola de Metges Rurals i Generals (SEMERGEN), a més del PDMRAL i del Mapa sanitari.

El treball s'ha estructurat basant-se en tres línies estratègiques:

- Facilitar eines de diagnòstic, avaluació, seguiment i tractament del dolor crònic neuropàtic en l'atenció primària, i establir circuits i criteris de derivació a altres dispositius assistencials.
- Descriure l'estat actual de les UD a Catalunya per tal d'identificar possibles deficiències i àrees de millora i establir criteris de planificació.
- Facilitar eines per a la formació i la sensibilització dels professionals sanitaris implicats en l'atenció al dolor crònic, especialment en l'àmbit de l'atenció primària.

Fases del treball

La primera fase del treball va ser fer una anàlisi de situació sobre l'impacte del dolor crònic en la població catalana i una revisió de les recomanacions per al seu maneig en l'atenció primària i en les unitats especialitzades. Es va fer una revisió bibliogràfica sobre aspectes epidemiològics del dolor i es van analitzar les dades disponibles a l'ESCA. Amb la col·laboració de l'Agència d'Avaluació, Informació i Qualitat en Salut (antiga AATRM), es van revisar guies de pràctica clínica, revisions i documents publicats per diferents societats i organismes governamentals europeus sobre aspectes del tractament farmacològic. Per completar l'anàlisi de situació de les UD, es va fer una enquesta específica sobre aspectes de recursos, cartera de serveis, activitat i docència i investigació.

La segona fase del treball ha consistit en l'elaboració de propostes concretes de maneig del dolor crònic que s'han dut a terme en dos àmbits:

- En col·laboració amb el PDMRAL, en què s'han definit els criteris de derivació de l'atenció primària a l'atenció especialitzada i les UD per als pacients amb patologia de l'aparell locomotor.
- En col·laboració amb les societats científiques dels metges de família i el consens amb infermeria per elaborar un protocol de maneig del pacient amb dolor neuropàtic a l'AP que es presenta en aquesta publicació.

La tercera fase del treball ha estat l'elaboració de recomanacions i criteris de planificació de les UD, adaptats a la realitat actual del nostre país i amb l'objectiu de mantenir l'equitat, millorar l'accessibilitat i la qualitat, i fer-ho de manera eficient.

La última fase del treball ha estat el procés de consulta sobre les propostes del document a les organitzacions de proveïdors de serveis sanitaris, els plans directors i les societats científiques.

5. ANÀLISI DE SITUACIÓ

5.1. Magnitud del problema

Dolor crònic

A Europa, per tal de conèixer la prevalença del dolor crònic, l'any 2004 es va realitzar un estudi en 16 països (entre els quals, Espanya) mitjançant entrevista telefònica.¹ El 19% de la població adulta europea (12% a Espanya) patia dolor crònic de més de sis mesos de durada, un terç dels quals presentaven dolor moderat-intens. Entre els que declaraven patir dolor crònic hi havia més proporció de dones i l'edat mitjana era de 50 anys. La majoria de les localitzacions estaven relacionades amb estructures osteomusculars. L'afectació de la qualitat de vida implicava, en més del 40% de les persones, dificultats per dormir, fer exercici, caminar, dur a terme les tasques domèstiques, mantenir activitats socials i treballar. El 21% dels entrevistats havien estat diagnosticats de depressió i Espanya era el país que en presentava la prevalença més alta (29%).

Un estudi francès⁴ sobre 24.497 individus va mostrar una prevalença de dolor crònic del 31,7%, i de dolor crònic moderat o intens del 20% (intensitat de 7 o més en l'escala visual numèrica on 0 és no-dolor i 10 el màxim dolor imaginable). Al Canadà, l'estudi STOP-PAIN Project⁵, sobre pacients en llista d'espera per ser atesos en una UD, va trobar una mitjana d'intensitat de dolor de 7, mesurada per l'escala visual analògica, el 50% dels quals tenien associat un diagnòstic de depressió i quasi un 35% havien tingut idees suïcides.

A Espanya la prevalença del dolor crònic en la població adulta, segons l'estudi de Català *et al.*⁶ publicat l'any 2002, és del 23,4%. La prevalença és superior entre les dones (31,4% enfront del 14,8%), i augmenta en els grups de més edat (quasi 40% en majors de 65 anys). La principal causa declarada són els problemes osteomusculars i en el 27% dels pacients té impacte sobre les activitats de la vida diària, impacte que també augmenta en els grups de més edat. Segons la Societat Espanyola de Reumatologia⁷, el dolor és un problema important en algun moment de la vida del 70% de la població, i el 30% de persones majors de 65 anys tenen una síndrome dolorosa crònica que produeix discapacitat.

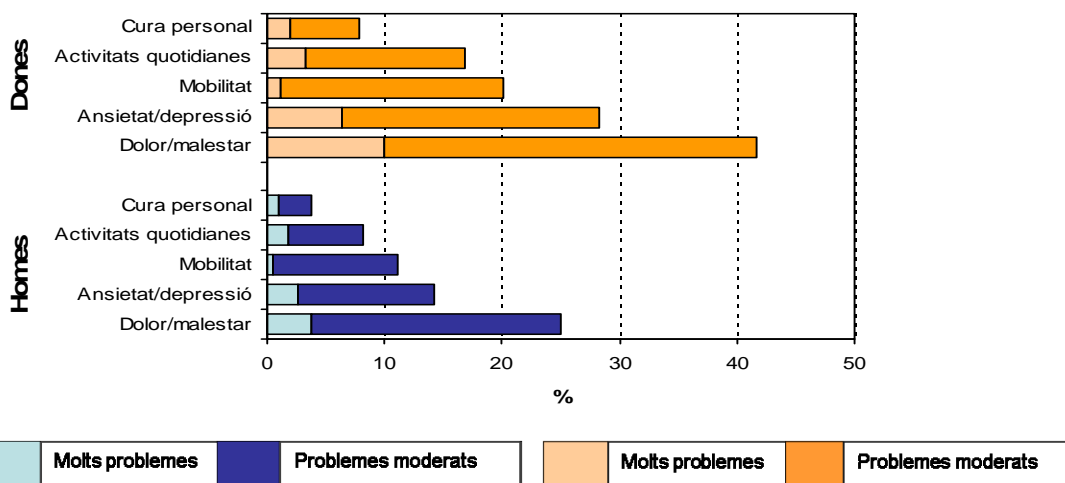
La prevalença del dolor crònic en la població adulta és del 23,4%.

La prevalença és superior entre les dones i augmenta en els grups de més edat.

La principal causa declarada són els problemes osteomusculars.

A Catalunya l'ESCA utilitza, des de la primera edició, com a instrument per analitzar la qualitat de vida, l'EuroQol-5D, que mesura problemes o limitacions en cinc dimensions de salut: la mobilitat, la cura personal, la realització de les activitats quotidianes, el dolor/malestar i l'ansietat/depressió. A Catalunya, el 42,1% de la població de 15 anys i més afirma que té dificultats en alguna de les dimensions estudiades, percentatge inferior en els homes (33,3%) que en les dones (50,7%). El problema que es declara més freqüentment és la presència de problemes moderats o molts problemes de dolor/malestar, que afecta el 33,3% de la població. De la població que declara tenir problemes en la qualitat de vida a causa del dolor/malestar, el 42% de les dones expressen tenir molts problemes o problemes moderats, enfront del 25% dels homes (figura 1).

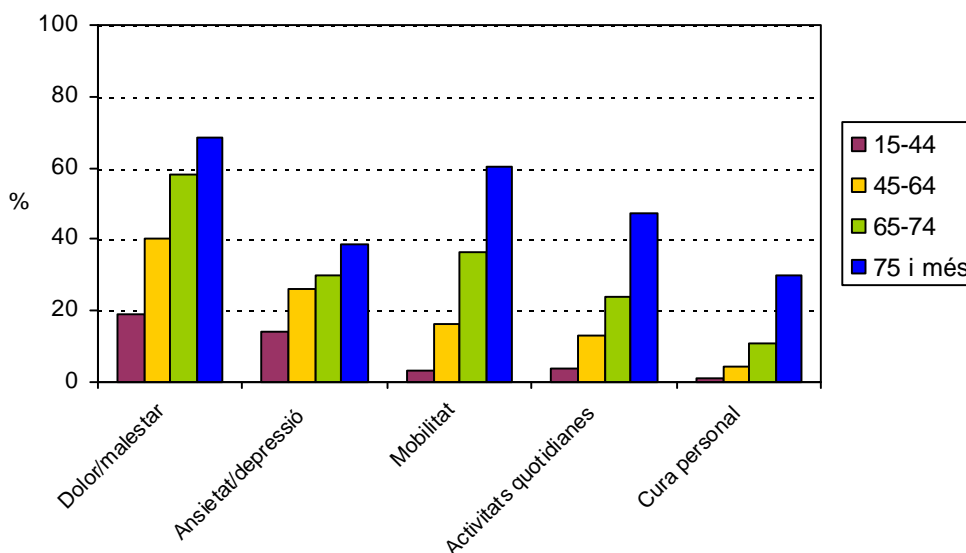
Figura 1. Població de 15 anys i més que declara tenir problemes en la qualitat de vida per sexe. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006.

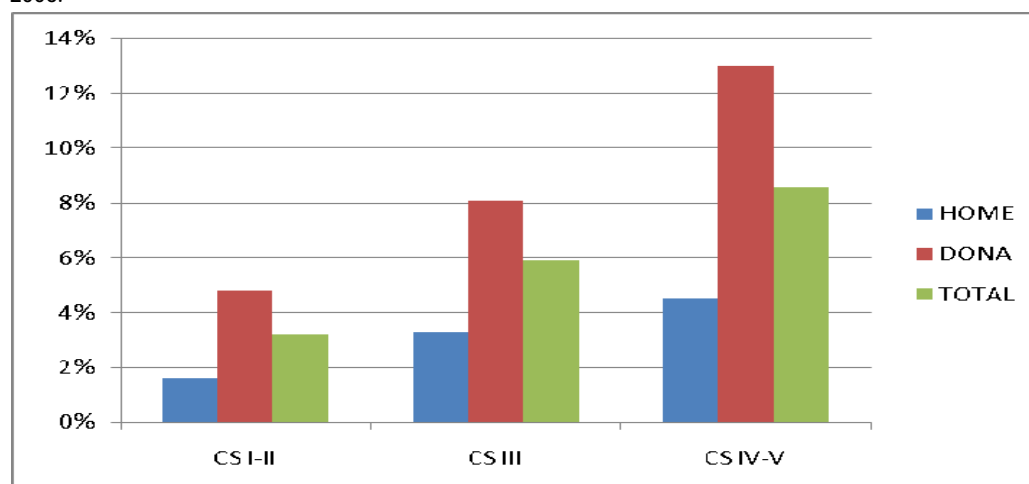
La declaració de dolor/malestar augmenta en els grups de més edat (figura 2). L'augment de la població envellida significarà un increment de patologies cròniques que provoquen dolor, com la neuropatia diabètica o els trastorns osteomusculars degeneratius i, per tant, el símptoma dolor augmentarà com a motiu de consulta en els serveis sanitaris. La declaració de dolor/malestar també augmenta a mesura que les classes socials són més desafavorides (figura 3).

Figura 2. Població de 15 anys i més que declara tenir problemes (molts o moderats) en les dimensions de la qualitat de vida per grup d'edat. Catalunya, 2006



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006.

Figura 3. Població de 15 anys i més que declara tenir molts problemes de dolor per classe social i sexe. Catalunya, 2006.

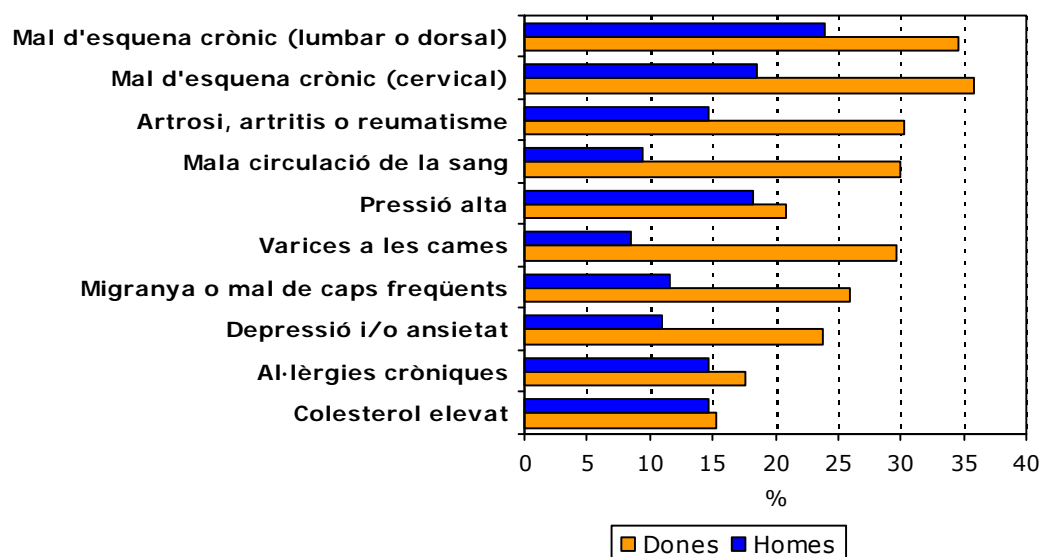


CS I-II: empresaris, professionals amb titulació universitària i diplomats; CS III: serveis de suport, serveis de seguretat, supervisors de treballadors manuals; CS IV-V: treballadors manuals.

Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006.

L'ESCA també ens informa dels problemes de salut crònics que declara la població. El dolor es troba associat com a símptoma en tres dels primers deu trastorns crònics de salut: mal d'esquena crònic lumbar i cervical, artrosi/artritis/reumatisme i migranya o mal de cap (figura 4).

Figura 4. Principals problemes de salut crònics declarats per la població de 15 anys i més. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006.

Dolor neuropàtic

Pel que fa a la prevalença del dolor neuropàtic, en l'estudi de Bouhassira i col·l.⁴ es va administrar un qüestionari validat per dolor neuropàtic (DN4) que va donar com a resultat una prevalença de dolor neuropàtic exclusiu del 6,1% de la població, tres quartes parts dels quals parts indicaven intensitat moderada-alta (5% de la població). El dolor és més

freqüent en el grup d'edat entre 50 i 64 anys, entorn rural i treballadors no qualificats. La intensitat i la durada del dolor neuropàtic és superior a la del dolor crònic en general.

La taxa estandarditzada d'incidència de dolor neuropàtic⁸ segons dades del Regne Unit està entorn del 2,8/10.000 habitants tant en neuràlgia postherpètica (NPH), com en neuràlgia del trigemin com en polineuropatia diabètica, i és del 0,08/10.000 h. en dolor postamputació. Tanmateix, un estudi holandès mostra una incidència de 7,2 casos de neuropatia diabètica i 4,2 d'NPH per 10.000 persones/any⁹. S'hauria d'afegir a aquestes patologies que originen dolor neuropàtic pur, les radiculàlgies produïdes per patologies degeneratives del raquis cervical i lumbar, de les quals no tenim estudis de prevalença tot i que presenten una clara ascendència.

Sobre la prevalença del dolor neuropàtic a Espanya i a Catalunya, no en tenim dades poblacionals. Gálvez i col·l.¹⁰ van dur a terme una revisió bibliogràfica que va mostrar xifres molt disperses a causa de la diferent metodologia emprada en els estudis. La prevalença de la neuropatia diabètica estava en aquesta revisió entre el 6-27% dels pacients amb diabetis mellitus de tipus 2 i entre el 9-13% dels pacients amb diabetis mellitus de tipus 1. La neuropatia era més freqüent en dones, en diabetis mal controlada i augmentava amb l'edat i la durada de la diabetis. Una publicació recent situa la prevalença del dolor neuropàtic a Espanya en el 7,7%.¹¹

Mesurament de la intensitat del dolor

La mateixa naturalesa subjectiva i complexa del dolor fa difícil quantificar-lo però malgrat això, per fer una correcta avaluació inicial i un bon seguiment del dolor és necessari disposar de mesures que orientin sobre la intensitat de dolor que pateix el pacient. Les eines més recomanades en els pacients adults són les escales visuals analògiques (EVA) i les verbals numèrica (EVN) i descriptiva (EVD).¹² Es considera dolor lleu el de puntuació igual o inferior a 3, moderat el de puntuació inferior a 6 i intens de 6 o més. Entre la població europea¹ només un 9% dels pacients ha utilitzat una EVA o similar per mesurar la intensitat del dolor. La majoria de pacients han estat interrogats sobre la intensitat pel seu metge, encara que un 12% respon no haver estat preguntat mai. A Espanya,¹³ el 40% dels metges reconeixen que no avaluen la intensitat del dolor dels pacients, amb diferències segons l'especialitat (traumatòlegs 60%, metges d'AP 54%, reumatòlegs i rehabilitadors menys del 30%).

La intensitat del dolor neuropàtic sol ser elevada i el control del dolor també és més difícil d'aconseguir. Diversos estudis¹⁴ mostren que l'afectació de la qualitat de vida, després d'ajustar per la intensitat del dolor, és superior en el dolor neuropàtic que en altres tipus de dolor crònic.¹⁵ Igualment, s'associa més a la depressió i als problemes per dormir.

Tractament farmacològic

Més del 90% de les persones que presenten dolor crònic prenen medicació,⁶ principalment analgèsics. Menys del 10% adopten mesures alternatives per alleugerir el dolor. La

La prevalença del dolor neuropàtic pur és aproximadament del 6-7% de la població.

La causa més freqüent és la polineuropatia diabètica i la incidència és variable, ja que depèn del bon control de la diabetis.

No hi ha dades de prevalença referents a les radiculàlgies per patologia del raquis.

medicació és indicada pel metge en dos tercers parts dels casos i en un 30% és automedicació. L'estudi europeu¹ va fer palès que el 40% dels pacients amb dolor de més de sis mesos rebia un tractament inadequat i molt pocs eren tractats en una UD. Entre els pacients d'AP,¹⁶ el 39% dels pacients no reben tractament pel dolor o el reben en dosis inferiors a les recomanades. També hi ha poca utilització dels opioïdes tant dels suaus com dels més forts, ja que normalment a Espanya es prescriuen a un 7% de pacients⁷ mentre que a Europa es fa al 23% aproximadament. Entorn d'un 45% dels casos de dolor crònic prenen de manera concomitant medicació per a l'ansietat o la depressió.²²

5.2. Repercussió sobre els serveis sanitaris

Atenció primària

Es considera que el dolor és la primera causa de visita a AP,¹⁷ on es diagnostica i es tracta el dolor d'intensitat lleu-moderada. Aproximadament el 42% dels pacients que visiten el metge d'AP per dolor tenen una intensitat lleu, mentre que el 15% presenten un dolor intens (EVA superior a 6).¹³

L'estudi europeu de Breivik¹ constata que el 74% dels pacients amb dolor crònic de sis mesos de durada havien anat entre 1 i 9 vegades al metge a causa del dolor durant els últims sis mesos. El 16% no hi havien anat cap vegada i l'11% hi havia anat com a mínim deu vegades. En el 70% dels casos el facultatiu visitat era el d'AP, i en el 58% dels casos n'havien visitat, a més, un altre.

Segons dades de l'ESCA 2006, el 50% dels enquestats que diuen tenir molts problemes de dolor han utilitzat els serveis sanitaris els últims 15 dies; el 32% han anat al metge d'AP i un 13% a un altre especialista.

Pel que fa a la prevalença del dolor neuropàtic entre els pacients visitats a AP, les dades són molt semblants a les d'altres països i oscil·len entre el 8% i el 12%, si es refereix a dolor neuropàtic pur, i arriben al 20% si es refereix al dolor mixt (nociceptiu més neuropàtic).⁸ En relació amb la utilització de serveis per part dels pacients amb dolor neuropàtic, un estudi¹⁸ sobre les consultes de 623 metges d'AP espanyols mostra que en un sol dia el 30,7% de les visites estan relacionades amb el dolor crònic, de les quals aproximadament el 25% són per dolor neuropàtic i el 75% per dolor nociceptiu. Les xifres són semblants a les trobades al Regne Unit,¹⁹ on el percentatge de pacients a AP amb dolor crònic era del 48% i amb dolor neuropàtic del 8%.

Atenció especialitzada

A l'atenció especialitzada es tracta el dolor intens que no s'ha alleujat des d'altres àmbits, el que necessita una atenció diferenciada per la seva etiologia, o bé el que requereix un diagnòstic més acurat. Hi intervenen diferents especialistes de l'aparell locomotor (reumatòlegs, traumatòlegs), rehabilitadors, neuròlegs, oncòlegs, endocrinòlegs, neurocirurgians, cirurgians vasculars i personal de les unitats de cures pal·liatives, a més dels professionals adscrits a les UD i altres professionals de suport.

Dels pacients visitats a AP, entre el 8% i el 12% presenten problemes de dolor neuropàtic pur i entorn del 20%, dolor mixt (nociceptiu més neuropàtic).

L'estudi EPIDOR⁷ va posar de manifest que el 96% dels pacients derivats a consultes de reumatologia espanyoles presentaven dolor, majoritàriament crònic (80%), de caràcter mecànic i localitzat en la columna vertebral i el genoll. El procés diagnòstic més freqüent és l'artrosi. La intensitat de dolor era de mitjana de 5,8 en l'EVA; i els processos amb més intensitat de dolor eren les fractures o els aixafaments vertebrals, les àlgies vertebrals i l'artrosi.

Pel que fa a la prevalença de dolor neuropàtic en pacients diabètics derivats a especialistes d'endocrinologia, no es disposa de dades del nostre país. L'estudi de Van Acker²⁰ realitzat a Bèlgica mostrava una prevalença de dolor neuropàtic en diabètics del 14%, amb una intensitat mitjana de 4,7 en l'EVA i afectació significativa de la qualitat de vida. Destaca de l'estudi que dels pacients amb dolor neuropàtic, només el 57% rebien tractament pel dolor.

En les consultes de neurologia, segons l'estudi PREVADOL realitzat a Espanya, el dolor neuropàtic és el vuitè motiu de consulta (aproximadament el 4% de les consultes).²¹ Els diagnòstics associats més freqüents són la neuràlgia del trigemin, la neuropatia diabètica i altres neuropaties perifèriques. No consten dades sobre la intensitat del dolor en aquests pacients.

Unitats o clíniques del dolor

Els pacients candidats a ser tractats en aquestes unitats són aquells que presenten dolor d'alta intensitat, de difícil tractament, que no s'ha pogut alleujar amb els tractaments més habituals o que siguin candidats a tècniques específiques de la cartera de serveis de les UD.

Les UD van sorgir per la necessitat de tractar el dolor crònic de difícil tractament o que requeria tècniques específiques. Les primeres es van crear als EUA a iniciativa de J. Bonica (editor també del primer tractat exclusiu sobre dolor crònic), després d'observar les dificultats que hi havia per tractar el dolor en els pacients que havien patit una amputació. Les UD s'han anat estenent per la major part de països occidentals. A Catalunya la primera UD va ser creada a l'Hospital de la Vall d'Hebron i ràpidament s'hi van afegir altres hospitals. Tanmateix, aquest creixement ha estat molt desigual, cosa que ha ocasionat molta variabilitat en l'assistència i les prestacions de les diferents UD. El fet que la gran majoria d'UD formi part dels serveis d'anestesiologia també ha mantingut aquesta variabilitat, ja que els professionals que clàssicament han treballat en les UD sovint són els mateixos que han de cobrir les necessitats dels serveis d'anestesiologia.

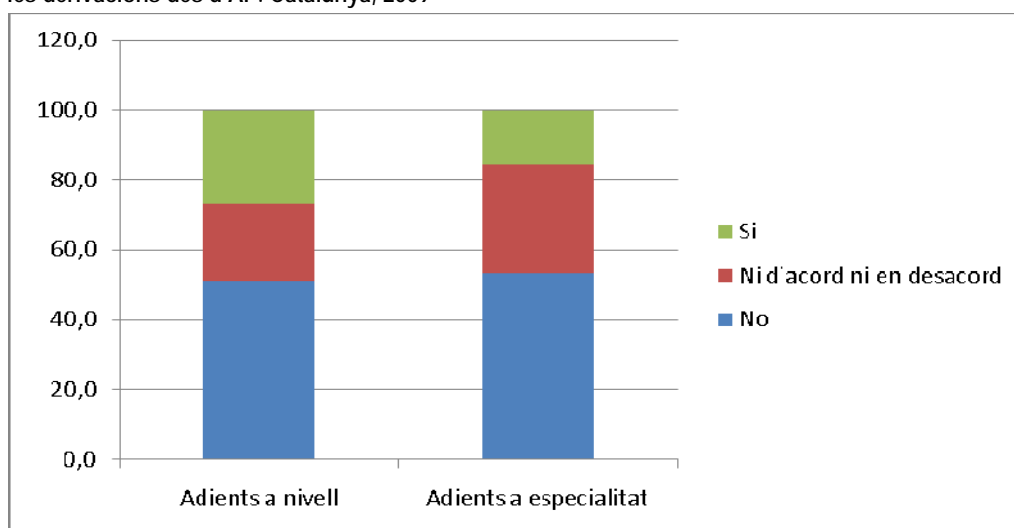
No és fàcil trobar dades en l'àmbit internacional ni nacional sobre l'activitat de les UD. L'estudi de Casals²² sobre pacients atesos a les UD per dolor crònic no oncològic ni neuropàtic mostrava que els processos més freqüents eren la lumbàlgia (més de la meitat dels casos) i l'artrosi. La majoria de pacients (dos terços) eren dones amb una intensitat de dolor, mesurat per EVA, superior a 7. El procés que presentava una intensitat de dolor més alta va ser l'aixafament vertebral (7,7 de mitjana en l'EVA).

El PDMRAL ha dut a terme una enquesta per recollir l'opinió dels professionals mèdics d'atenció primària i especialitzada, incloent-hi els professionals de les UD, sobre l'atenció a les patologies de l'aparell locomotor.²³ Els resultats més rellevants són:

- Els professionals de les UD dediquen de mitjana un 43% del seu temps a atendre

- patologies reumàtiques i les més freqüents són la lumbàlgia i l'artrosi.
- Sobre el nivell d'expertesa en els processos reumàtics més freqüents, el personal de les UD es qualifica amb més de 7 per al mal d'esquena i la fibromiàlgia.
 - La manca de coordinació amb AP i amb altres especialistes i la sobrecàrrega assistencial dels metges d'AP i d'altres especialistes són els problemes que el personal de les UD identifica com més importants en l'atenció al dolor d'origen osteomuscular.
 - Els especialistes de les UD declaren que les derivacions des d'AP són adequades a l'especialitat o al nivell assistencial en menys d'un 30% dels casos (figura 5).

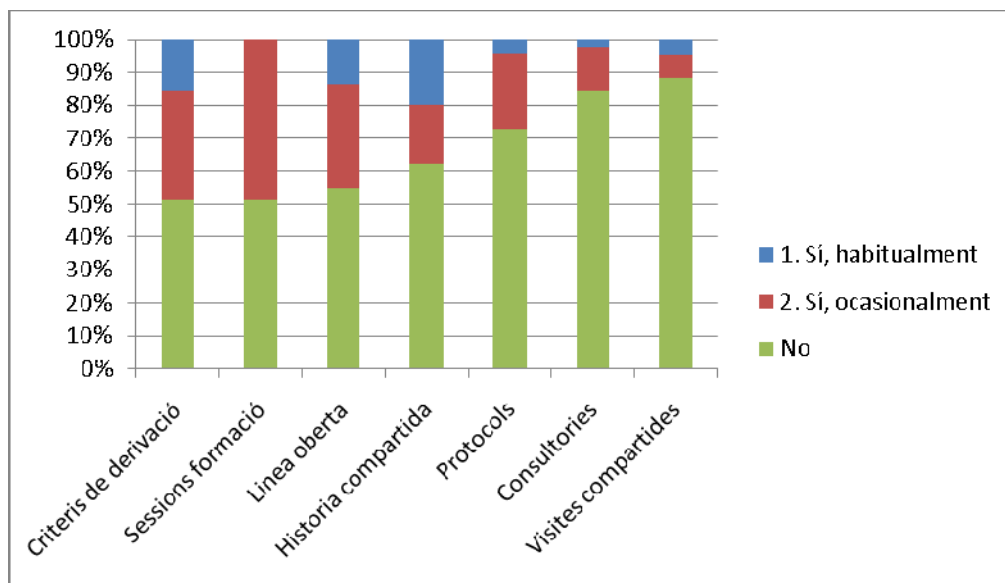
Figura 5: Grau d'acord dels professionals mèdics de les UD sobre l'adequació a l'especialitat o al nivell assistencial de les derivacions des d'AP. Catalunya, 2009



Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya, PDMRAL, 2009.

- El 45,5% dels metges de família declaren no tenir clar què han de derivar a les UD. El nivell de satisfacció dels metges d'AP amb la coordinació amb les UD es valora en 5,82 (en una escala d'1 a 10) i el dels especialistes en dolor amb l'AP en 3,75.
- El 66% dels especialistes en dolor declaren no tenir cap mecanisme de coordinació amb l'AP i el 95% dels metges de família declaren el mateix respecte a la coordinació amb les UD. Els mecanismes de coordinació es basen principalment en el pacte de criteris de derivació, en sessions de formació i en la possibilitat de fer assessoria telefònica (figura 6).

Figura 6. Mecanismes de coordinació entre UD i AP que declaren els professionals mèdics de les UD. Catalunya, 2009.



Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya, PDMRAL, 2009.

Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya

Tampoc no és fàcil trobar dades sobre els recursos existents en les diferents UD ni criteris sobre el volum i el tipus de pacients candidats a ser tractats en una UD. L'estudi²⁴ ANESCAT del 2003 va fer una descripció de les UD que hi havia a Catalunya. Del total d'hospitals catalans, 52 oferien alguna actuació relacionada amb el dolor i 140 professionals hi treballaven, dels quals només vuit anestesiològics ho feien amb dedicació exclusiva.

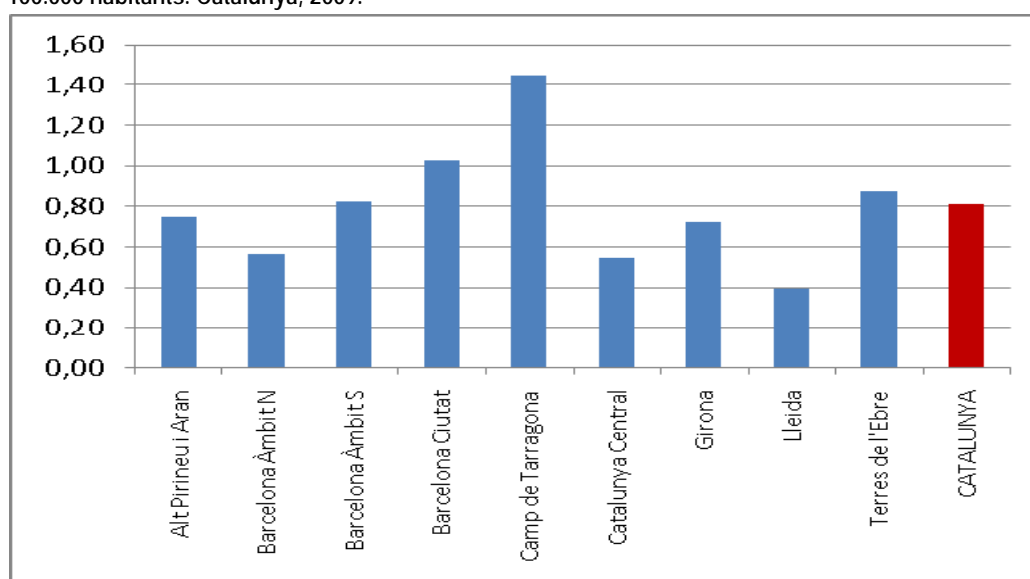
Per tal de conèixer com estan en l'actualitat les UD a Catalunya es va fer una enquesta als hospitals de la xarxa pública, els resultats de la qual es descriuen en l'annex 1. Els principals punts es resumeixen a continuació:

- Hi ha 41 UD en el conjunt dels 66 hospitals d'aguts de la xarxa pública. La seva distribució està subjecta a la variabilitat de la distribució territorial hospitalària.
- Totes disposen de consultoris, la major part disposa d'hospital de dia i de sala d'operacions general i la meitat aproximadament, de sala de tècniques amb radioscòpia.
- Els motius de consulta més freqüents són, per ordre, lumbàlgia, cervicàlgia, artràlgies, fibromiàlgia, dolor miofascial, neuràlgia postherpètica, neuropaties metabòliques i dolor oncològic.
- Les tècniques o els procediments que de manera general ofereixen les UD, a part del maneig farmacològic, són bloquejos i estimulació elèctrica transcutània (TENS). Vint-i-tres unitats ofereixen tècniques amb radiofreqüència, mentre que tècniques més especialitzades com els implants per neuromodulació espinal s'ofereixen en menys de la meitat de les unitats.
- Quaranta-vuit professionals que treballen en les UD ho fan a jornada completa en aquestes unitats. D'aquests, disset són metges anestesiològics i la resta personal d'infermeria i suport. La majoria de professionals s'hi dediquen de manera parcial

(201 persones, de les quals 122 són metges anestesiòlegs). A Catalunya es dediquen 0,81 jornades equivalents (36 h setmanals) de professional mèdic per 100.000 habitants, xifra propera a les recomanades per societats internacionals. S'observen diferències entre les regions sanitàries (figura 7).

- El suport de l'especialitat de psicologia en les UD s'ofereix en 13 de les 41 unitats. En el total de les UD catalanes hi treballen 1 psicòleg a dedicació completa i 9 a dedicació parcial amb un total de 94 h setmanals de dedicació.

Figura 7. Distribució entre les regions sanitàries d'anestesiòlegs de les UD a jornada equivalent (36 h) per 100.000 habitants. Catalunya, 2009.



Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, DGPA.

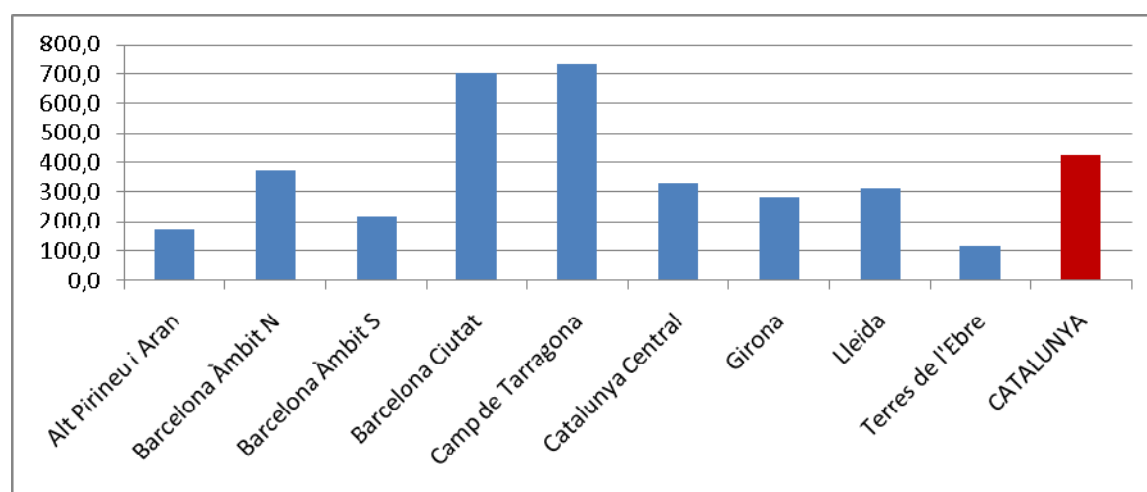
- En total a Catalunya el 2009 es van fer 113.375 actes mèdics (entre visites, procediments i ingressos) en les UD. Es van fer un total de 17.496 primeres visites (229,9 visites/100.000 h.) i 56.185 visites successives (taula 1).
- El nombre de procediments i tècniques absolut és de 32.328 (424,7 tècniques per 100.000 h.) amb molta variabilitat entre les regions sanitàries (figura 8).
- La relació entre visites successives i primeres visites és de 3,2 per al conjunt de Catalunya, i 5,1 si s'hi inclouen les tècniques i els procediments invasius en les successives (taula 1). S'observa variabilitat en les ràtios entre regions.
- El temps de demora proporcionat per les mateixes UD és d'1,08 mesos per primera visita preferent, quasi 3 mesos per primera visita no preferent i 2,4 mesos per la segona.

Taula 1. Primeres visites de les UD per 100.000 habitants i ràtio successives/primeres amb tècniques i procediments invasius i sense per regió sanitària. Catalunya, 2009

RS	Primeres visites per 100.000hab	Ràtio successives/ primeres visites	Ràtio successives amb tècniques / primeres visites
Alt Pirineu i Aran	155,6	0,6	1,7
Barcelona Àmbit N	187,6	3,6	5,6
Barcelona Àmbit S	234,3	2,1	3,0
Barcelona Ciutat	261,9	4,8	7,4
Camp de Tarragona	394,8	2,0	3,8
Catalunya Central	173,6	1,8	3,7
Girona	240,7	2,6	3,8
Lleida	196,3	3,8	5,4
Terres de l'Ebre	70,9	2,1	3,7
CATALUNYA	229,9	3,2	5,1

Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, DGPA.

Figura 8. Ràtio de tècniques i procediments efectuats en les UD per 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2009.



Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, 2009, DGPA.

5.3. Aspectes econòmics

El dolor crònic de diferents etiologies té uns costos associats importants. Els costos directes són originats fonamentalment per un augment en la utilització de serveis sanitaris (visites a professionals, proves, transport sanitari, ingressos) i per l'increment de la prescripció de fàrmacs. L'anàlisi de l'ESCA mostra que el 90% de les persones que diuen que tenen molts problemes de dolor estan consumint algun tipus de fàrmac, a més d'utilitzar més els serveis sanitaris com ja s'ha explicat anteriorment. Un estudi recent²⁵ fet al territori espanyol quantifica els costos directes de pacients de dolor neuropàtic atesos a les UD. Aquests pacients utilitzen, en un període de sis mesos, 2,65 fàrmacs per persona de mitjana; 0,87 visites ambulatories/mes; 0,19 visites a urgències/mes, i 0,22 dies d'hospitalització. El cost mitjà mensual és de 403 € (2004), dels quals un 45% són per hospitalització, 29% per

farmàcia, 9% per visites i 10% per procediments.

Els costos indirectes deguts a pèrdues de productivitat tant del pacient com del cuidador són més importants que els costos directes. Segons dades de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, el dolor d'origen osteomuscular és la principal causa de pèrdua de productivitat per incapacitat temporal (IT) a Catalunya, amb 9,7 milions de dies en IT l'any 2009, cosa que representa una pèrdua de més de 500 milions d'euros. A Europa¹ la pèrdua de dies de treball, en un període de 6 mesos, associada a dolor crònic és de 7,8 dies de mitjana, i a Espanya de 8,7 dies. A Catalunya²⁶ un 10% dels pacients amb dolor crònic van haver de perdre dies de treball. En la majoria de casos va ser menys d'una setmana, però un 33% dels casos van necessitar més d'un mes d'IT.

Scott i col·l.²⁷ han quantificat els costos directes i indirectes associats a la neuràlgia postherpètica al Regne Unit. El cost total és de 524 £ (valor del 2003), de les quals 198 £ (38%) són per costos directes, i 304 £ (58%) per costos indirectes (4,4 dies de pèrdua d'activitat laboral en el pacient i 0,74 en el cuidador). Un estudi similar al Canadà²⁸ sobre pacients amb dolor crònic d'intensitat elevada en llista d'espera per ser atesos en una UD valora en 1.462 dòlars canadencs el cost mitjà mensual de cada pacient incloent-hi costos directes i indirectes.

5.4. Problemes detectats

Els principals problemes detectats en l'anàlisi de situació són:

1. L'impacte sobre els serveis amb probable augment de la demanda per l'elevada prevalença (que es preveu que augmentarà), l'afectació sobre la qualitat de vida i els costos directes i indirectes associats.
2. Des d'un punt de vista clínic, la demanda no està ben atesa ja que s'han detectat dèficits en el maneig del pacient com ara:
 - a) Poca valoració d'un problema que afecta de manera intensa la qualitat de vida dels pacients que el pateixen.
 - b) Manca d'utilització d'eines per avaluar i fer el seguiment del dolor tant en l'AP com en l'atenció especialitzada.
 - c) Problemes amb l'adequació del tractament, bé per inadequació, infratractament o per excés de medicalització del dolor que podria de vegades millorar amb altres estratègies.
3. L'oferta de serveis està fragmentada entre diferents nivells assistencials i professionals. El continu assistencial no està assegurat per la manca de definició de la cartera de serveis i els criteris de derivació a les UD.
4. La variabilitat territorial en localització, recursos i activitat de les UD a Catalunya disminueix l'assoliment de l'equitat i de la qualitat en l'atenció.

6. MODEL D'ATENCIÓ AL DOLOR CRÒNIC NEUROPÀTIC A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Cal assegurar un model que sigui accessible, equitatiu, de qualitat i eficient. Moltes de les recomanacions que es donen a continuació són aplicables a qualsevol tipus de dolor crònic, però aquest document se centra principalment en el dolor neuropàtic. Els elements que formen el Model que aquí es proposa inclouen eines per millorar la qualitat de l'atenció als pacients amb dolor neuropàtic a l'atenció primària i la definició del paper de suport que ha de tenir l'atenció especialitzada en el tractament i el seguiment de les patologies de base que originen el dolor.

Dolor neuropàtic a l'atenció primària

El **dolor neuropàtic** s'origina com una conseqüència directa d'una lesió o una malaltia del sistema somatosensorial i es tradueix en un conjunt de símptomes com les parestèsies, el formigueig, la cremor, l'al·lodínia i la hiperalgèsia sensorials. De vegades, l'expressió del dolor neuropàtic és difícil i els pacients el descriuen com a desagradable, molest o molt dolorós, fins al punt que no poden conviure-hi.²⁹ El dolor neuropàtic sol presentar més comorbiditat^{10,19} i ocasiona un greu deteriorament de la salut de les persones que el pateixen.

El dolor neuropàtic més freqüent inclou els processos següents:

- Neuràlgia postherpètica.
- Neuropatia diabètica.
- Dolor radicular per patologia del raquis sense criteris quirúrgics.
- Dolor postamputació.
- Dolor per lesió nerviosa posttraumàtica.
- Dolor per lesió o infiltració nerviosa per procés oncològic.
- Neuropaties diverses: per fàrmacs, inflammatòries, autoimmunes o hereditàries.
- Neuràlgia del trigemin.
- Síndrome de dolor regional complex de tipus 1 (distròfia simpàtica reflexa).
- Dolor central postlesió vascular cerebral o lesions medul·lars.

El metge d'AP és el punt d'entrada al sistema sanitari i, per tant, el facultatiu que primer visita el pacient amb dolor crònic ocasionat per dolor nociceptiu d'origen osteomuscular en la major part dels casos i, amb menys freqüència, per dolor neuropàtic o mixt. Encara que la capacitat resolutiva de l'AP és alta en molts problemes crònics de salut, no sempre és així en el dolor crònic neuropàtic, en què els problemes de diagnòstic³⁰ i tractament poden derivar en intervencions poc efectives.³¹ Per això, aspectes com la identificació, l'avaluació, el seguiment i el tractament d'aquests pacients han de millorar.

Un altre problema detectat a AP és la dificultat en la coordinació amb l'atenció especialitzada. Atès que el dolor és present en moltes malalties, són molts els especialistes que poden intervenir en l'atenció a aquests pacients i és necessari assegurar circuits de coordinació ràpids i eficients.

Eines per a una assistència millor respecte al dolor crònic neuropàtic

Els objectius d'aquesta intervenció són millorar l'assistència en l'AP del pacient afecte de dolor crònic neuropàtic mitjançant la detecció, la valoració, el diagnòstic i el tractament correctes. Els instruments recomanats per millorar el maneig clínic del dolor neuropàtic són:

1. Identificació del problema de dolor.

L'atenció correcta al pacient que té un problema de dolor comença per una bona anamnesi del dolor, dels antecedents i de les comorbiditats, a més d'una exploració clínica completa. Per tal de millorar la identificació i sobretot el seguiment d'aquest pacient amb dolor es facilita un esquema (annex 2) amb les dades imprescindibles per a una anamnesi del dolor correcta: els principals símptomes, la cronologia, la localització i la distribució, els factors que l'agreugen o l'alleugereixen, la comorbiditat i la patologia de base que genera el dolor.

2. Diagnòstic diferencial entre dolor nociceptiu i dolor neuropàtic.

Hi ha diferents qüestionaris o escales dirigits específicament a identificar i valorar el dolor neuropàtic, que permeten, a més de distingir entre un tipus de dolor o un altre, detectar els diferents símptomes i els signes propis de cada tipus de dolor. Entre els qüestionaris existents³² es proposa el **test DN4** (annex 3), que està validat en castellà³³ i és un dels més recomanats per ser utilitzats en l'àmbit de l'AP per la senzillesa i rapidesa a l'hora de fer-lo. Aquest qüestionari permet distingir entre el dolor nociceptiu i el neuropàtic o mixt. Comprèn deu paràmetres amb una puntuació màxima de 10 (una puntuació \geq a 4 és indicativa de dolor neuropàtic o mixt).

Cal tenir en compte que les escales o qüestionaris són eines orientatives per al diagnòstic del dolor neuropàtic i que en cap cas substitueixen l'anamnesi i l'exploració física i neurològica correcta.

3. Valoració de la intensitat del dolor.

Per a una avaluació inicial correcta i un bon seguiment del dolor és imprescindible intentar mesurar-ne la intensitat.³⁴ Les eines més recomanades a AP i en els pacients adults són les escales visuals analògica, numèrica o descriptiva.³⁵

L'escala visual analògica (EVA) és una línia del 0 al 10 en què els números no són visibles per al pacient. El pacient només veu una línia. L'extrem 0 representa no-dolor i l'altre extrem, el màxim dolor suportable. El pacient marca en aquesta línia la seva intensitat de dolor. **L'escala visual numèrica (EVN)** és una línia amb números marcats del 0 al 10. El pacient tria el número més adient d'acord amb la seva intensitat de dolor en una escala on 0 és no-dolor i 10 el màxim dolor suportable. **L'escala verbal descriptiva (EVD)** incorpora adjectius a les escales descrites a fi de fer-les més comprensibles. Hi ha diferents adjectius, però els més utilitzats són: no-dolor, lleuger, moderat, intens, insuportable.

Els mesuraments d'intensitat del dolor s'han de fer a l'inici del tractament i en cada visita de control (annex 2).

4. Recomanacions de tractament del dolor neuropàtic.

El dolor neuropàtic és moltes vegades difícil de tractar amb els fàrmacs analgèsics convencionals o a causa dels efectes adversos ocasionats. La majoria dels pacients

necessiten un tractament combinat però escollir el fàrmac correcte i la dosi òptima seqüencial és difícil. Les recomanacions que es fan a continuació estan basades en la revisió de guies de pràctica clínica i altres revisions sistemàtiques de l'evidència publicades des de l'any 2007, tasca realitzada per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya (annex 4).

La pauta de tractament inicial no comença pels analgèsics convencionals, sinó per altres fàrmacs entre els quals es troben els antidepressius tricíclics i duals (inhibidors de la recaptació de serotonina i noradrenalina), els antiepilèptics, els analgèsics tipus opioides i la teràpia local. Cal tenir present que abans d'iniciar el tractament s'han de considerar altres factors com:

- a) Els efectes adversos dels tractaments recomanats i l'edat del pacient.
- b) Les potencials interaccions medicamentoses, sobretot en casos de comorbiditats i politractament.

Es presenta un **algorisme de tractament farmacològic** amb algunes recomanacions especials sobre patologies concretes (annex 5).

5. Funció de la infermeria d'AP en la cura del pacient amb dolor crònic.

Els infermers tenen un paper rellevant en l'equip d'AP pel que fa a la prevenció i la detecció de problemes de salut. La implicació dels infermers en la cura del pacient amb dolor permetrà millorar els aspectes referents al seguiment de:

- a) Adhesió terapèutica.
- b) Intolerància i efectes adversos de la medicació.
- c) Efectivitat de la medicació (mesurada per escales d'intensitat de dolor).
- d) Millora global del pacient en altres aspectes (estat d'ànim, alimentació, trastorn del son, activitat física, funcionament social, cura personal...).

6. Paper del suport biopsicosocial en l'àmbit de l'AP.

El dolor crònic neuropàtic es converteix moltes vegades en un estat de patiment constant que comporta el deteriorament de la persona en el seu àmbit psicopatològic. Les comorbiditats més freqüents en aquests pacients són l'ansietat i la depressió, que alhora ajuden a incrementar el símptoma de dolor. La interrelació entre ells (dolor, depressió, alteració del son) és molt complexa i hauria de ser avaluada i abordada en tots els pacients amb dolor crònic.

7. Nivells de resolució de l'AP i criteris de derivació a l'atenció especialitzada. Els pacients han de ser tractats a l'AP i només en determinats casos haurien de ser derivats a l'atenció especialitzada. Els especialistes de la patologia que genera el dolor neuropàtic (neurologia, endocrinologia, cirurgia vascular...) han de donar suport a l'AP en el cas de pacients que presentin dificultats en el diagnòstic o en els tractaments de la patologia de base.

La derivació a una UD ha de produir-se amb criteris pactats i procol·litzats entre les UD i l'AP, en casos de:

- a) Intensitat del dolor molt elevada.
- b) Efectes indesitjables de la medicació.
- c) Criteris de realització de tècniques intervencionistes per tractar el dolor.

L'intercanvi d'informació entre el metge d'AP i el metge de la UD és imprescindible tant en el moment de fer la derivació com quan es retorna el pacient a AP. La instauració de la història clínica compartida pot facilitar la transferència d'informació.

7. CRITERIS PER A LA PLANIFICACIÓ DE LES UNITATS DE DOLOR

La situació de les UD al territori català és diversa, tal com s'ha constatat en l'anàlisi de situació a partir dels resultats de l'enquesta realitzada. Aquesta diversitat es deu a un creixement no organitzat, molt condicionat per les particularitats de cada hospital, sense una visió planificadora conjunta. Les recomanacions sobre quina ha de ser l'activitat, els recursos o la cartera de serveis de les UD han estat efectuades fins ara per grups de treball de diferents societats científiques. Recentment el Ministeri de Sanitat ha posat en marxa un grup de treball per elaborar els estàndards i les recomanacions sobre les UD.

La metodologia seguida per elaborar els criteris de planificació de l'atenció al dolor crònic ha estat la següent:

1. Identificació dels malalts que han de ser atesos en els diferents nivells assistencials.
2. Definició de la cartera de serveis i dels perfils professionals de les UD.
3. Establiment dels nivells de resolució i dels circuits de derivació entre els dispositius assistencials.
4. Proposta de criteris de reordenació necessaris per disminuir la variabilitat territorial.

1. Identificació dels malalts que han de ser atesos en els diferents nivells assistencials

- L'atenció primària és el principal punt d'atenció dels pacients amb dolor crònic de diferent etiologia.
- En el procés d'atenció al dolor és imprescindible diagnosticar la patologia de base que genera el dolor (vegeu el capítol anterior sobre atenció al dolor neuropàtic a AP).
- Els criteris de derivació han de tenir en compte el valor afegit que cada dispositiu i especialitat aporta al diagnòstic i el tractament, per tal d'assegurar una atenció de qualitat, eficient i sostenible.
- En els casos en què la patologia de base que genera el dolor provoqui dificultats de maneig, els pacients han de ser derivats a les diferents especialitats (endocrinologia, neurologia, reumatologia i altres) segons la malaltia causant del dolor.
- Les UD actuen de suport a l'AP i a l'atenció especialitzada en el cas de pacients amb dolor crònic filiat d'intensitat elevada i als quals els tractaments més habituals no hagin alleugerit el dolor o quan siguin candidats a tècniques específiques de tractament.

2. Definició de la cartera de serveis i dels perfils professionals de les UD

- Per tal d'assegurar l'equitat, l'eficiència i la qualitat en el territori s'han establert tres nivells de complexitat en la cartera de serveis que les UD poden oferir:
 - a) UD de nivell I:
 - Maneig farmacològic.
 - Tècniques d'infiltració.
 - Tècniques de bloqueig.
 - Tècniques de neuromodulació externa (TENS).
 - b) UD de nivell II:
 - A les anteriors s'hi afegirien les tècniques amb radiofreqüència.
 - c) UD de nivell III:

- En aquest nivell s’afegirien les tècniques més complexes com les de neuromodulació amb implants interns espinals, de nervis perifèrics o subcutanis.
- El perfil dels professionals que integren les UD s’hauria de basar en l’expertesa en el maneig del pacient amb dolor crònic i en les tècniques o els tractaments que li pertocquen per cartera de serveis. Les UD de nivell II i III, a més de tenir personal mèdic amb formació en dolor, haurien de comptar amb el suport d’infermeria amb expertesa específica en el maneig dels pacients amb dolor crònic. Les UD de nivell III haurien de tenir un perfil més multidisciplinari i preveure la incorporació o la col·laboració de diferents professionals com neuròlegs, neurocirurgians, reumatòlegs, rehabilitadors i altres, si escau. També han de disposar del suport d’un psicòleg clínic per valorar i seguir els pacients més complexos i els candidats a tècniques específiques. L’atenció psicològica no és exclusiva d’un únic nivell assistencial i s’hauria de poder oferir des de qualsevol punt a través dels circuits habituals.

3. Establiment dels nivells de resolució i dels circuits de derivació entre els dispositius assistencials

- És important que els circuits de derivació estiguin consensuats i pactats territorialment entre les UD i l’AP pel que fa als processos de dolor neuropàtic.
- Pel que fa a l’atenció als pacients amb dolor crònic d’origen osteomuscular, cal tenir present que en el marc d’accions per millorar l’eficiència dels serveis especialitzats proposat pel PDMRAL, les UD formarien part de les unitats funcionals d’aparell locomotor, juntament amb altres professionals de diferents especialitats com reumatologia, traumatologia o rehabilitació. Les unitats proposades es fonamenten en pactes organitzatius entre els diferents professionals per donar una resposta única, ordenada i esglaonada en l’atenció de determinades patologies de l’aparell locomotor. Aquestes unitats han de complir les característiques següents:
 - Informació clínica compartida.
 - Sistemes de coordinació establerts entre els diferents professionals.
 - Cartera de serveis pactada entre les diferents especialitats i els professionals integrants de la unitat. Aquesta cartera ha d’estar adaptada a les capacitats, els professionals i les estructures assistencials existents en una àrea geogràfica determinada.
 - Gestió per processos per patologies compartides, d’acord amb les línies generals establertes pel PDMRAL.
- S’han d’organitzar altres modalitats d’atenció i vies de relació segons les necessitats del territori, com per exemple l’atenció telefònica, l’assessoria per correu electrònic, les sessions de formació, etc.
- El desenvolupament de la història clínica compartida ha de permetre que el flux d’informació millori. La qualitat de la informació transferida depèn dels professionals que hi intervenen i per tant cada contacte entre nivells assistencials hauria de registrar el resum de la història clínica del pacient, el diagnòstic i el motiu que genera la derivació i les proves complementàries i els tractaments efectuats, tant en el sentit de l’AP a les UD com a la inversa.

4. Proposta de criteris de reordenació necessaris per disminuir la variabilitat territorial

Els elements considerats anteriorment donen el marc per establir els criteris de planificació. S'ha de tenir present que:

1. El volum de pacients candidats a ser atesos per les UD no és conegut. De les dades recopilades en la literatura, sabem que un 23,4% de la població presenta problemes de dolor crònic, i una tercera part d'aquests són d'intensitat elevada¹. Dins d'aquest grup alguns presentaran un dolor de tractament difícil amb els fàrmacs habituals i hauran de ser derivats a una UD.
2. La qualitat en l'atenció inclou els aspectes d'adequació de l'atenció, és a dir, que es proporcioni la intensitat de recursos adequada al moment evolutiu del problema de salut. En el cas de l'atenció al dolor és important augmentar la capacitat resolutiva de l'AP, aconseguir que arribin a les UD tots els pacients que poden beneficiar-se de tècniques o tractaments específics sense demores, i assegurar el grau d'expertesa suficient en la realització d'aquests tractaments més complexos mitjançant la formació dels professionals i un volum adequat de tècniques per realitzar.
3. La variabilitat en els recursos humans, en la cartera de serveis, en la distribució territorial de les UD i en la seva activitat hauria de tendir a disminuir per tal d'afavorir l'equitat territorial i alhora assegurar una atenció de qualitat. S'hauria d'intentar equilibrar l'oferta de recursos i ampliar els perfils professionals que integren les UD més especialitzades.
4. L'accés ràpid a les UD s'hauria d'establir en aquells pacients que presenten dolor intens d'aparició recent, amb important afectació de la qualitat de vida o interferència en l'activitat laboral o habitual, i amb indicació de tècniques o tractaments més específics. Es considera que la demora per atendre aquests pacients preferents, tal com s'ha acordat en el Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària, i una vegada pactat el protocol de derivació entre el nivell d'AP i el nivell especialitzat al territori, no hauria de superar els quinze dies.
5. L'eficiència i la sostenibilitat del sistema, que inclou la utilització de fàrmacs i tecnologies d'evidència provada que siguin cost-efectius.

Basant-se en els criteris i els elements considerats anteriorment, el *Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya* proposa que, per tal d'assegurar una atenció propera, tots els hospitals d'aguts haurien de tenir professionals amb expertesa en el maneig del pacient amb dolor crònic i en les tècniques definides en les UD de nivell I. Els procediments requerits en les UD de nivell II i III i l'atenció als pacients d'alta complexitat s'haurien d'oferir als hospitals de referència (els que tenen desplegades totes les especialitats excepte les d'alta tecnologia i reben derivats pacients d'hospitals generals bàsics) o als d'alta tecnologia (els que disposen de les anomenades supraespecialitats i de noves tecnologies diagnosticoterapèutiques), tenint en compte aspectes de massa crítica, expertesa i tecnologia requerida.

8. EINES DE FORMACIÓ I SENSIBILITZACIÓ DELS PROFESSIONALS

Un dels problemes detectats en l'anàlisi de situació és la poca atenció i valoració que rep el problema del dolor. Cal fer un esforç per augmentar la sensibilització dels professionals implicats, especialment els d'AP. Per això el Model proposa l'elaboració d'unes línies de formació adreçades als metges i el personal d'infermeria d'AP, en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut i les societats científiques corresponents. Entre els continguts de la formació cal incorporar eines encaminades a millorar la valoració del dolor, l'exploració física i neurològica i el maneig dels pacients amb dolor neuropàtic.

També s'han fet, a través del PDMRAL, propostes de formació en el període MIR dels metges de família, que millorin la seva capacitat enfront del pacient afecte de dolor.

La transversalitat del dolor entre les diferents especialitats i situacions clíniques situa aquesta àrea no com un cos doctrinal com altres especialitats mèdiques, sinó com una àrea de capacitat interdisciplinària. S'han de reforçar les iniciatives ja existents de constitució d'itineraris de formació i capacitat vàlids per als professionals d'AP i d'altres especialitats, així com per al personal de les UD. En aquest sentit, la creació de les àrees de capacitat en dolor ajudarà a millorar el coneixement dels professionals que integren aquestes àrees.

9. LÍNIES D'ACTUACIÓ FUTURES

Els aspectes abordats en aquest document són una part de la globalitat del procés d'atenció al dolor crònic. En un futur pròxim s'hauria d'aprofundir en altres aspectes com el dolor en l'atenció urgent, el dolor en grups vulnerables (infants, gent gran) o aspectes de millora de la qualitat de l'atenció, amb especial èmfasi en la interdisciplinarietat, la revisió de l'evidència sobre l'efectivitat de les tècniques i les intervencions que es realitzen i l'abordatge amb mesures no farmacològiques. El dinamisme en el progrés del coneixement científic que envolta aquesta àrea fa que sigui necessari actualitzar periòdicament aquest document.

Igualment, cal impulsar línies de formació i recerca sobre el maneig clínic del dolor crònic i l'organització eficient dels serveis implicats.

10. INDICADORS D'AVALUACIÓ

Millora de la qualitat de l'atenció del dolor neuropàtic en AP

Objectiu operatiu	Afavorir l'aplicació de les mesures d'avaluació de la intensitat del dolor a AP
Indicador	Persones ateses amb diagnòstics de processos que impliquin dolor en la història clínica d'AP amb registre d'avaluació de la intensitat de dolor (EVA)
Fita	Increment sobre el percentatge basal
Construcció de l'indicador	Proporció d'històries en què consta el diagnòstic de processos associats al dolor en els quals s'ha registrat la valoració de la intensitat del dolor (EVA) sobre el total d'històries en què consta el diagnòstic de processos associats al dolor
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Història clínica electrònica d'AP

Objectiu operatiu	Afavorir l'aplicació de les mesures terapèutiques recomanades per al tractament del dolor neuropàtic a l'AP
Indicador	Persones ateses amb diagnòstics de dolor neuropàtic a la història clínica d'AP amb tractament farmacològic recomanat (amitriptilina, gabapentina, pregabalina)
Fita	Increment sobre el percentatge basal
Construcció de l'indicador	Proporció d'històries en què consta el diagnòstic de processos associats a dolor neuropàtic als quals s'ha administrat tractament amb els fàrmacs recomanats (amitriptilina, gabapentina, pregabalina) sobre el total d'històries en què consta el diagnòstic de processos associats a dolor neuropàtic
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Història clínica electrònica d'AP / Dades de farmàcia

Millora del continu assistencial i de l'accessibilitat

Objectiu operatiu	Adequar la derivació de processos associats a dolor crònic a les UD
Indicador	Establiment en l'àmbit territorial de protocols de derivació entre l'AP i les UD
Fita	Tenir el protocol consensuat en l'àmbit territorial
Construcció de l'indicador	Nombre de governs territorials de salut (GTS) en què s'han establert els criteris de derivació a les unitats de dolor des de l'atenció primària
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Proveïdors / GTS

Objectiu operatiu	Millorar l'accessibilitat dels processos associats a dolor crònic a les UD
Indicador	Temps de demora per primera visita preferent a les UD
Fita	< 15 dies
Construcció de l'indicador	Temps de demora per primera visita preferent
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Proveïdors

11. ANNEXOS

11.1. ANNEX 1. ENQUESTA SOBRE LES UNITATS DE DOLOR DE CATALUNYA

Objectius

Conèixer l'estat de les UD de Catalunya: cartera de serveis, recursos físics i humans, activitat, llistes d'espera i activitats de formació i recerca.

Metodologia

Estudi descriptiu transversal basat en un qüestionari de 16 preguntes que es va adreçar per correu electrònic als responsables de les UD dels hospitals catalans de la xarxa pública. Se'n va fer un seguiment personalitzat a fi d'obtenir totes les respostes. La recollida d'informació es va fer entre el febrer i el març del 2010. Les variables qualitatives es descriuen en forma de proporcions. Les dades sobre població provenen del Registre Central d'Assegurats del 2009.

Resultats

Dels 66 hospitals catalans de la xarxa pública, 41 disposen d'UD. Totes les UD depenen dels serveis d'anestesiologia i reanimació. Totes atenen dolor crònic i 24 ho combinen amb el suport al dolor agut postoperatori.

DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL

Catalunya està constituïda per set regions sanitàries de les quals la de Barcelona es subdivideix en Àmbit Territorial Barcelona Nord, Barcelona Ciutat i Àmbit Territorial Barcelona Sud. Cada regió està subdividida en GTS, que corresponen a les àrees d'influència dels hospitals catalans de la xarxa d'utilització pública. En total hi ha 37 GTS, incloent-hi la ciutat de Barcelona. Hi ha UD en totes les regions sanitàries (taula 2).

DADES ESTRUCTURALS

De les 41 UD existents:

- Totes disposen de consultoris.
- Trenta-tres disposen d'hospital de dia.
- Trenta-dues, de sala d'operacions general.
- Divuit, de sala de tècniques amb radioscòpia.
- Sis, de llits d'hospitalització propis.
- Cinc, de sala d'operacions pròpia.

RECURSOS HUMANS

- Quaranta-vuit professionals es dediquen a jornada completa a les UD, disset dels quals són metges anestesiològics; la resta són personal d'infermeria i auxiliars d'infermeria.
- A dedicació parcial hi ha un total de 201 persones, 122 de les quals són metges anestesiològics.

Taula 2. Governos territorials de salut que disposen d'UD . Catalunya, 2010

Regió sanitària	GTS	Nre.
Lleida	Lleida	2
Camp de Tarragona	Baix Penedès	1
	Tarragonès	2
	Alt Camp / Conca de Barberà	1
	Baix Camp	1
Terres de l'Ebre	Altebrat	1
	Baix Ebre	1
Girona	Gironès / Pla de l'Estany / Selva Interior	2
	Baix Empordà	1
	Alt Maresme / Selva Marítima	1
	Garrotxa	1
	Alt Empordà	1
	Ripollès	1
Catalunya Central	Anoia	1
	Bages / Solsonès	1
	Osona	1
	Berguedà	1
Alt Pirineu i Aran	Alt Urgell	1
	Cerdanya	1
Àmbit Territorial Barcelona Nord	Vallès Occidental Est	1
	Vallès Oriental Central	1
	Vallès Occidental Oest	2
	Maresme	1
	Barcelonès Nord / Baix Maresme	3
	Àmbit Territorial Barcelona Sud	Baix Llobregat Litoral
Baix Llobregat / L'Hospitalet i el Prat		2
Garraf		1
Baix Llobregat Centre - Font Santa		1
Barcelona Ciutat	Barcelona Ciutat	5

Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, DGPA, 2010.

CARTERA DE SERVEIS

Tractaments o procediments que ofereixen les UD:

- Tract. sistèmics	41/41 UD	- Porth intradural	18
- Bloquejos	39	- Iontoforesi	15
- Estimulació elèctrica transcutània (TENS)	29	- Estimulació medul·lar	10
- Radiofreqüència	23	- Implant espinal	10
		- Psicoteràpia	13

Cap UD no ofereix tècniques ablatives neuroquirúrgiques

PATOLOGIA ATESA

Els motius de consulta són, per ordre:

- | | |
|-----------------|-----------------------------|
| 1. Lumbàlgia | 5. Dolor miofascial |
| 2. Cervicàlgia | 6. Neuràlgia postherpètica |
| 3. Artràlgies | 7. Neuropaties metabòliques |
| 4. Fibromiàlgia | 8. Dolor oncològic |

Els especialistes que deriven a la UD són, per ordre:

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. Metge d'AP | 5. Cirurgia |
| 2. Traumatòleg | 6. Medicina interna |
| 3. Neurocirurgià | 7. Oncologia |
| 4. Reumatòleg | |

De las 41 UD, 21 tenen establerts criteris de derivació amb AP i 24 amb la resta dels especialistes intrahospitalaris.

ACTIVITAT

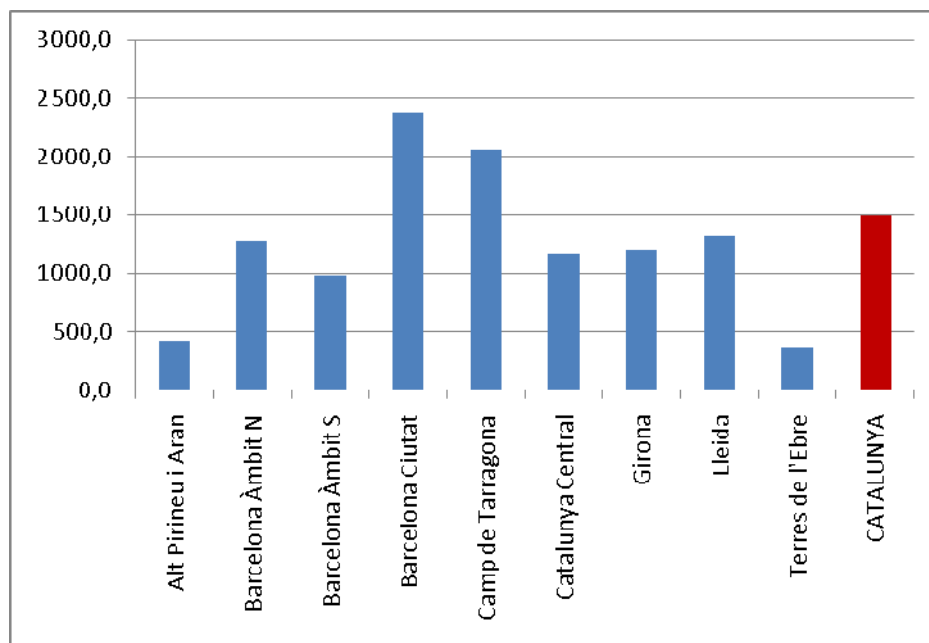
Taula 3. Activitat de les unitats de dolor . Catalunya, 2009.

Regió sanitària	Primeres	Successives	Tècniques	Interhospitalàries	Procediments invasius	Ingressos
Alt Pirineu i Aran	109	61	120	3	0	0
Barcelona Àmbit N	3.938	14.309	7.809	732	34	38
Barcelona Àmbit S	3.155	6.622	2.945	325	4	81
Barcelona Ciutat	4.495	21.435	9.616	2.627	2.421	269
Camp de Tarragona	2.309	4.510	4.292	888	1	18
Catalunya Central	891	1.627	1.570	1.546	133	209
Girona	1.746	4.613	1.802	295	232	21
Lleida	718	2.725	1.126	257	3	14
Terres de l'Ebre	135	283	220	35	0	8
CATALUNYA	17.496	56.185	29.500	6.708	2.828	658

Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, DGPA.

El nombre total de visites per 100.000 h. mostra gran variabilitat entre regions, cosa que reflecteix en part les desigualtats en l'oferta (figura 9).

Figura 9. Ràtio de contactes hospitalaris a les UD (incloent-hi tècniques d'hospital de dia) per 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2009.



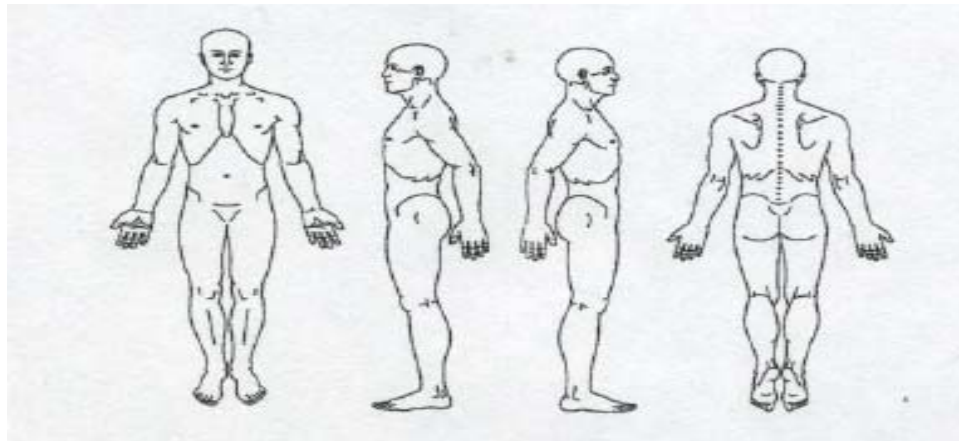
Font: Enquesta sobre les unitats de dolor a Catalunya, DGPA.

La mitjana de mesos en temps de demora per visita és:

- Primera visita preferent 1,08 mesos
- Primera visita 2,9 mesos
- Segona visita 2,4 mesos

11.2. ANNEX 2. VALORACIÓ I SEGUIMENT DEL DOLOR CRÒNIC NEUROPÀTIC

LOCALITZACIÓ Delimitat Difús Irradiat Superficial Profund



CRONOLOGIA

Agut Crònic (> 3 mesos) Des de quan el patiu?.....

FREQÜÈNCIA

Continuat Intermitent

FACTORS QUE L'ALLEUGEREIXEN

Repòs Mobilització.....

FACTORS QUE EL DESENCADENEN O AGREUGEN

Repòs Mobilització.....

MANIFESTACIONS ASSOCIADES

Agitació Irritabilitat Insomni Ansietat Depressió Limitació de la mobilitat

O. DIAGNÒSTIC: 1. Tipus de dolor: nociceptiu neuropàtic

- Patologia.....

VALORACIÓ DE LA INTENSITAT DEL DOLOR

Escala visual analògica (EVA): el pacient ha de marcar en aquesta línia la intensitat de dolor que té de menys a més. El metge després ha de mesurar en l'escala numèrica de 0 a 10 quina puntuació hi ha posat el pacient.



A sota es presenta la traducció de l'EVA a l'escala numèrica (EVN) i descriptiva (EVD).



EVN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DESCRIP- TIVA	Cap dolor			Lleu		Moderat		Intens			Insuportable

NO-DOLOR MÀXIM DOLOR ESCALA DESCRIPTIVA	EVA		DIA 0	DIA	DIA	DIA
	EVN					
		VALOR EVA				
Insuportable	10	ANALGÈSIA	DOSI	DOSI	DOSI	DOSI
	9					
	8					
Intens	7					
	6					
Moderat	5					
	4					
Lleu	3					
	2					
	1					
Cap dolor	0					

SEGUIMENT DE L'EVOLUCIÓ DEL DOLOR

11.3. ANNEX 3. QÜESTIONARI DN4

Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4³³)

Responda a las 4 preguntas siguientes marcando SI o NO dónde corresponda:

ENTREVISTA AL PACIENT

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

	Si	No
1 Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

	Si	No
4 Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓ DEL PACIENT

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

	Si	No
10 El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuació superior o igual a 4 és un dolor que té component neuropàtic

11.4. ANNEX 4. REVISIÓ DE L'EVIDÈNCIA SOBRE EL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DEL DOLOR NEUROPÀTIC (Consulta tècnica elaborada per l'AIAQS)

OBJECTIUS

L'objectiu d'aquesta consulta tècnica és esbrinar quin o quins són els tractaments d'elecció en l'abordatge del tractament del dolor neuropàtic. Tot i que no s'ha limitat la revisió al dolor neuropàtic postherpètic (NPH) o associat a la diabetis mellitus (NPD), sí que s'ha fet especial èmfasi en aquestes dues patologies.

METODOLOGIA

Per tal de donar resposta a la pregunta plantejada i a l'objectiu d'aquesta consulta, i a fi de no endegar una nova revisió sistemàtica, s'ha limitat la cerca a documents de revisió o guies de pràctica clínica publicats des de l'any 2007.

La cerca s'ha fet en diferents bases de dades utilitzant llenguatge lliure i controlat. Així, les fonts d'informació revisades han estat la National Guideline Clearinghouse i la base de dades Trip Database i s'ha completat amb una cerca a PubMed. A partir d'aquesta cerca es van seleccionar diferents publicacions depenent de la lectura del títol i del resum, i es va fer la lectura dels documents. A partir dels documents seleccionats s'han anat a cercar manualment els documents d'interès indicats. Un únic autor ha fet la síntesi de l'evidència.

RESULTATS

De la cerca en les diferents bases de dades es van obtenir 55 Guies de Pràctica Clínica(GPC) i 93 revisions sistemàtiques, de les quals només 3 i 19, respectivament, acomplien els criteris d'inclusió després de la lectura de títol i resum. La lectura dels documents va eliminar una de les GPC. Es van incorporar 2 documents publicats el 2009 i el 2010 no inclosos en la cerca a través de referències inicials. Un cop llegits aquests documents es va considerar que els documents més rellevants eren:

1. La GPC de l'Institut Nacional per a la Salut i Excel·lència Clínica (NICE) del Regne Unit, publicada el març del 2010.
2. Una avaluació del Consorci de Medicina Escocès (SMC) d'abril del 2009.
3. Una revisió d'indicacions de la Agència Canadenca de Medicaments i Tecnologies Sanitàries (CADTH-CEDAC) de gener i setembre del 2009.

Cal tenir en compte la propera aparició de capsàicina tòpica a dosis elevades (Qutenza®).

Descrivim breument els principals resultats d'aquests tres documents.

1. NICE

La GPC de NICE recomana com a tractament de primera línia l'amitriptilina (AMT) o un anticomicial, la pregabalina (PGB) o la gabapentina (GBP). Per motius d'eficiència recomana la PGB. Per a l'NPD es recomana la duloxetina per raons d'eficiència.

Com a tractament de segona línia recomana el tractament que no s'hagi utilitzat en primera línia. En tercera línia, a banda d'una consulta especialitzada, recomana tramadol i/o lidocaïna tòpica.

- Tant l'AMT com la PGB són efectives en la reducció del dolor neuropàtic. Els estudis que donen suport a aquestes afirmacions són d'alta qualitat per a la PGB, però són de qualitat moderada o baixa per a l'AMT.
- La PGB és més efectiva que la GBP, que a més té una qualitat d'evidència moderada.
- Els estudis fets amb la PGB només són sobre l'NPH i l'NPD mentre que l'AMT i la GBP són sobre neuràlgies d'origen diferent.
- L'AMT té més efectes adversos que el placebo, però les diferències només són significatives per al símptoma "boca seca".
- La PGB i la GBP tenen menys efectes adversos que l'AMT.
- L'avaluació econòmica mostra que la PGB és més eficient que la GBP i l'AMT.

Comentaris

- No hi ha estudis que comparin l'AMT amb la PGB; tots són fets amb GBP. L'AMT és més efectiva que la GBP i no hi ha diferències pel que fa als efectes adversos.
- Es consideren totes les condicions de neuràlgia iguals i es combinen estudis fets en diferents subpoblacions, cosa que no fa cap altra institució, que separa clarament els tractaments per tipus de neuràlgia.
- El model econòmic es basa en dades que no estan disponibles (previsiblement es publicaran a final d'aquest trimestre). No coneixem el model de Markov, en el qual es basa l'estudi, ni els costos utilitzats. El model està construït en cicles de 8 setmanes, tot i que a la GPC es recomana la revisió del tractament a les 6 setmanes. La seva validesa externa és, doncs, molt limitada.

2. SMC

Aquest estudi basa els resultats en la informació facilitada pels promotors del producte (com és habitual) i recomana un ús restringit de la PGB per al tractament del dolor neuropàtic perifèric en adults.

Comentaris:

- No es disposa (perquè no és accessible) de la documentació que dóna lloc a aquestes conclusions.
- No inclou estudis fets amb la PGB i publicats el 2008.

3. CADTH

Hem obtingut dos documents d'aquesta institució, un que revisa el tractament de la neuràlgia i l'altre sobre la indicació de la PGB per a l'NPD.

Respecte al primer, recomanen l'AMT com a tractament de primera línia, ja que demostra més eficàcia que els anticomicals, tot i que reconeixen que les diferències no es basen en dades estadístiques i que, per tant, requereixen més dades. Els estudis d'eficiència mostren que l'AMT és preferible.

Respecte al segon, és una reavaluació del fàrmac PGB per a la indicació NPD, avaluant tres nous assaigs clínics (que no han estat publicats ni recollits en la literatura de síntesi). El document recomana no incloure la PGB per al tractament d'NPD.

Comentaris

- No es disposa (perquè no és accessible) de la documentació que origina aquestes conclusions.
- No inclou estudis fets amb la PGB i publicats el 2008.

CONCLUSIONS

- L'AMT ha demostrat ser eficaç i eficient (en estudis fets fora d'Espanya i de Catalunya). El seu perfil de seguretat només és significativament pitjor que el "placebo per a la sequedat de boca".
- Tant la GBP com la PGB han demostrat també eficàcia i eficiència, però la validesa externa de les dades d'aquesta darrera fa que en aquests moments i amb les dades de què podem

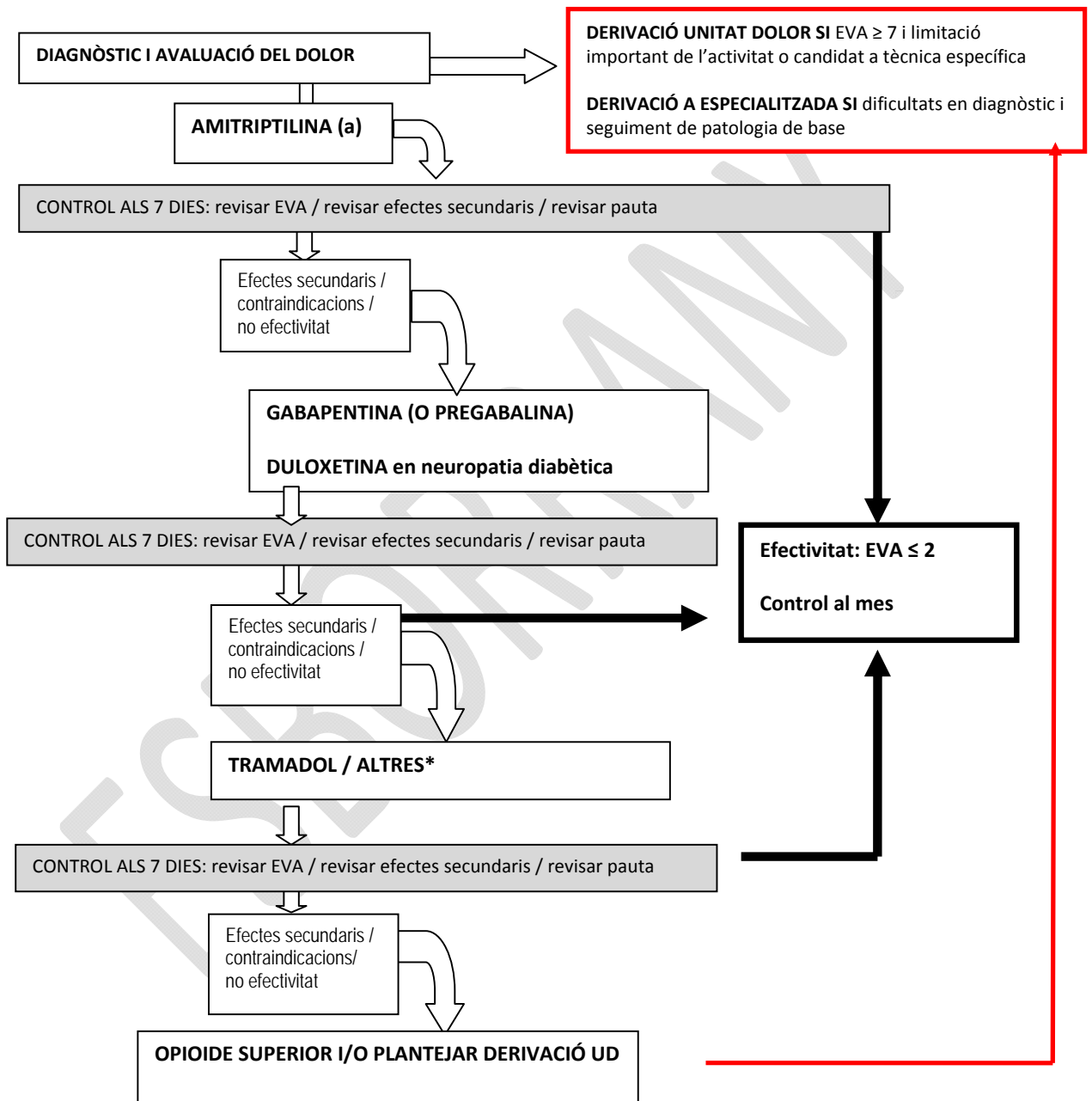
disposar no considerem que aquesta darrera afirmació sigui extrapolable a casa nostra. Tenen bons perfils de seguretat.

- No es pot afirmar que la PGB sigui millor que l'AMT ni tingui millor perfil de seguretat ja que no hi ha estudis que ho comparin *head to head*.
- Els opiacis han demostrat eficàcia i eficiència, però atès el seu perfil d'efectes adversos són d'elecció en tercera línia.

RECOMANACIONS

1. Utilitzar antidepressius tricíclics (amitriptilina) com a tractament de primera línia.
2. Utilitzar anticonvulsants (pregabalina o en segona elecció gabapentina) en segona línia. Quan hi hagi dades sobre l'eficiència d'aquest tractament a casa nostra caldrà revisar aquesta recomanació.
3. Utilitzar els opioïdes només després d'una consulta a l'especialista.

11.5. ANNEX 5. ALGORITME DE TRACTAMENT FARMACOLÒGIC DEL DOLOR NEUROPÀTIC



(a) L' amitriptilina, encara que no tingui la indicació aprovada per al dolor, ha mostrat eficàcia en diferents assaigs clínics. En cas d'utilitzar aquest fàrmac, cal garantir el compliment de l'RD 1015/2009, de 19 de juny, pel qual es regula la disponibilitat dels medicaments en situacions especials.

* En patologies localitzades com l'NPH es poden utilitzar tractaments tòpics com la capsaïcina o la lidocaïna al 5% en pegats.

ESBORRANY

Fàrmacs utilitzats en el dolor neuropàtic

Fàrmac	Administració	Dosis inicials	Dosi màxima
Amitriptilina	Oral	10-25 mg/dia nit o 12 h	50-75 mg/dia
Duloxetina	Oral	30-60 mg/dia	120 mg/dia
Venlafaxina	Oral	37,5 mg/dia	150-225 mg/dia
Gabapentina	Oral	300-400 mg/8 h	2.400-3.600 mg/dia
Pregabalina	Oral	50-150 mg/12 h	600 mg/dia
Carbamazepina	Oral	100 mg/8 h	1.200 mg/dia
Tramadol	Oral	50-100 mg/dia en 1 o 2 dosis	400 mg/dia
Lidocaïna 5%	Tòpica	1-2 pegats/12 h (descansar nit)	
Oxicodona	Oral	5-10 mg/12 h	
Morfina	Oral	10-20 mg/12 h	

Consideracions especials en casos concrets:

1. **Herpes zòster (HZ):** cal administrar antivirals en persones de més de 60 anys, si les lesions són extenses o tenen patologia associada.
2. **Dolor postamputació.** S'ha de distingir entre: *a)* dolor localitzat al monyó o a la pròtesi; *b)* la sensació de membre fantasma (que recorda la part del cos que no té); *c)* el dolor de membre fantasma (dolor intens a la part del cos amputada).
3. En els casos de **dolor regional complex posttraumàtic** s'ha d'avaluar el grau d'incapacitat i el tipus d'activitat laboral. S'ha de mantenir el tractament de fisioteràpia per no perdre la mobilitat de l'extremitat afectada. Si el pacient presenta un grau important d'incapacitat personal o laboral per la intensitat de dolor té criteri de derivació ràpida a una UD.
4. En la **neuràlgia del trigemin** el fàrmac d'elecció és la carbamazepina o l'oxcarbacepina.

Totes les patologies esmentades tenen criteri de derivació ràpida a una UD si la seva intensitat és elevada malgrat els tractaments proposats.

12. PROFESSIONALS QUE HI HAN PARTICIPAT

DIRECCIÓ

María Luisa de la Puente Martorell
Direcció General de Planificació i Avaluació
Subdirecció del Servei Català de la Salut

Josep Fusté Sugranyes
Unitat de Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública

Elena Català Puigbó

Unitat del Dolor
Hospital de Sant Pau

COORDINACIÓ

Maria Jesús Pueyo Sánchez
Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

COL·LABORADORS

M. Victòria Ribera Canuda
Hospital Vall d'Hebron

Margarita Puig Riera de Conias
Societat Catalana del Dolor

Esther Limón Ramírez
CAMFIC

Teresa Martí Vila
SEMERGEN

COMISSIÓ ASSESSORA

Xavier Surís Armangué
Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Marta Larrosa Padró
Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Josep Fuentes Bellido
Pius Hospital de Valls

Xavier Garcia Eroles
Consorci Sanitari de Terrassa

Alexandre Gironell Carrero
Societat Catalana de Neurologia

Tino Llagostera Pujol
Societat Catalana de Cirurgia Vascular

Dídac Maurici Puente
Associació Catalana de Diabetis

Victor Mayoral Rojals
Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor

Antonio Montero Matamala
Hospital Arnau de Vilanova

Dolors Sintés Matheu
Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor

Albert Tomàs Torrella
Hospital Comarcal Sant Bernabé de Berga

Lluïsa Belmonte España
Suport administratiu

13. BIBLIOGRAFIA

¹ Breivick H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.

² Departament de Salut. Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, juliol 2010. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/locomotor131010.pdf> [Data de consulta: 25 d'octubre del 2010].

³ Departament de Salut. Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, març 2009. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/catparesalut2006.pdf> [Data de consulta: 25 d'octubre del 2010].

⁴ Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008; 136: 380-387.

⁵ Choinière M, Dion D, Peng P, Banner R, Barton PM, Boulanger A *et al.* The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Can J Anaesth* 2010 juny; 57 (6): 539-548.

⁶ Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6: 133-140.

⁷ Gamero Ruiz F, Gabriel Sánchez R, Carbonell Abello J, Tornero Molina J, Sánchez-Magro I. El dolor en las consultas de Reumatologías españolas: estudio epidemiológico EPIDOR. *Rev Clin Esp* 2004; 204 (5): 157-163.

⁸ Hall GC, Carroll D, McQuay HJ. Primary care incidence and treatment of four neuropathic conditions: a descriptive study, 2002-2005. *BMC Family Practice* 2008; 9: 26.

⁹ Dieleman JP, Kerklaan J, Huygen FJ, Bouma PA, Sturkenboom MC. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *Pain* 2008; 137 (3): 681-688.

¹⁰ Gálvez R, Rejas J, Pérez M, Gómez M. Prevalencia del dolor neuropático en España: implicaciones clínicas, laborales y asistenciales. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (6): 221-229.

¹¹ Martínez-Salio A, Gómez de la Cámara A, Ribera Canudas MV, Montero Homs J, Blanco Tarrío E, Collado Cruz A *et al.* Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático - Conferencia de Consenso. *Med Clin (Barc)* 2009; 133 (16): 629-636.

¹² Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan VW. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. *Pain* 2005; 117: 412-420.

¹³ González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor* 2009; 16 (1): 7-20.

¹⁴ O'Connor AB. Neuropathic Pain. Quality of life impact, costs and cost-effectiveness of therapy. *Pharmacoeconomics* 2009; 27 (2): 95-112.

-
- ¹⁵ Smith BH, Torrance N, Bennet MI *et al.* Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *Clin J Pain* 2007; 23: 143-149.
- ¹⁶ Noceda Bermejo JJ, Moret Ten C, Lauzirika Alonso I. Tratamiento del dolor osteomuscular crónico. *Aten Primaria* 2007; 39 (1): 29-33.
- ¹⁷ García-Martínez F, Herrera-Silva J, Aguilar-Luque J. Tratamiento del dolor crónico en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 453-459.
- ¹⁸ Pérez C, Saldaña MT, Navarro A, Vilardaga I, Rejas J. Prevalence and characterization of neuropathic pain in a primary-care setting in Spain: a cross-sectional, multicentre, observational study. *Clin Drug Investig* 2009; 29 (7): 441-450.
- ¹⁹ Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain* 2006 abr.; 7 (4): 281-289.
- ²⁰ Van Acker K, Bouhassira D, De Bacquer D, Weiss S, Matthys K, Raemen H *et al.* Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. *Diabetes & Metabolism* 2009; 35 : 206-213.
- ²¹ Montero J, Gutiérrez-Rivas E, Pardo J, Navarro C. Estudio de prevalencia, incidencia y caracterización del dolor neuropático en consultas de neurología. *Estudio PREVADOL. Neurología* 2006; 20: 385-389.
- ²² Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *Estudio ITACA. Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 260-269.
- ²³ Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, 2010. (Pendent de publicar.)
- ²⁴ Mayoral V, Gomar C, Sabaté S, Canet J, García-Mora G, Camps M. Medicina perioperatoria y tratamiento del dolor crónico en Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (supl. 2): 68-74.
- ²⁵ Rodríguez MJ, García AJ; Investigators of Collaborative Study REC. A registry of the aetiology and costs of neuropathic pain in pain clinics: results of the registry of aetiologies and costs (REC) in neuropathic pain disorders study. *Clin Drug Investig* 2007; 27: 771-782.
- ²⁶ Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; 83: 9-16.
- ²⁷ Scott FT, Johnson RN, Leedham-Green M, Davies E, Edmunds WJ, Breuer J. The burden of Herpes Zoster: A prospective population based study. *Vaccine* 2006;24 : 1308-1314.
- ²⁸ Guerriere DN, Choinière M, Dion D, Peng P, Stafford-Coyte E, Zagorski B *et al.* The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Can J Anaesth.* 2010 juny; 57 (6): 549-558.
- ²⁹ Gilron I C, Watson PN, Cahill CM, Moulin DE. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician. *CMAJ* 2006; 175: 265-275.

³⁰ Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Patient pain in primary care: factors that influence physician diagnosis. *Ann Fam Med* 2004; 2: 224-230.

³¹ Wallace MS. Diagnosis and treatment of neuropathic pain. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005; 18: 548-554.

³² Bennett MI, Attal N, Backonja MM, Baron R, Bouhassira D, Freynhagen R, Scholz J, Tölle TR, Wittchen HU, Jensen TS. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007; 127: 199-203.

³³ Pérez C, Gálvez R, Huelbes S *et al.* Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:66.

³⁴ Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Takala J. Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 995-997.

³⁵ Jennings PA, Cameron P, Bernard S. Measuring acute pain in the prehospital setting. *Emerg Med J* 2009; 26: 552-555.

ESBORRAN