
Guia pràctica de cures pal·liatives a Atenció Primària



Autor:

Dr Isidoro Hidalgo Campos. Metge de Família i metge de l'ESAD Mallorca.

Revisors:

Equip ESAD: Matteo Mannucci, Patricia Bassante Flores, Ana Albert Ríos, Tomás Salva Siquier, María Dolores Calderón Torres, María Dolores Coheña Jiménez

Infermeria Atenció Primària assistencial: Cristina María Navarro Carrasco (CS Trencadors), Estefanía Seco Talledo (UBS El Molinar)

Equip de Farmàcia d'Atenció Primària: Marta Rovira Vila, Maria Joana Mateu Puiggròs

Gabinet Tècnic de la GAPM: Lucía Gorreto López, Aina Bellet Coll, Laura Medrano Llabrés, Apol·lonia Esteva Arrom

Equip directiu GAPM: Montserrat Llort Bové, Cristina Alvarez-Ossorio González

Palma de Mallorca, 2024.

Document pendent de revisió lingüística

Llegenda de la situació de finançament dels fàrmacs que apareixen en el document:

RELE → medicament finançat

RELE VISAT → medicament finançat subjecte a condicions de visat

RELE FM → medicament finançat com a fórmula magistral

H → medicament d'ús hospitalari (l'únic medicament subjecte a aquesta condició és el Midazolam que es troba en el petitori dels centres de salut)

NOFIN → medicament no finançat

Edició: Gerència de Atenció Primària de Mallorca. Desembre 2024.

ISBN 978-84-09-68886-9

Com citar aquest document: Hidalgo Campos, I. Guia pràctica de cures pal·liatives a Atenció Primària. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca; 2024.

Índex

Habilitats bàsiques de comunicació	3
Situació d'Últims Dies (SUD)	7
Sedació Pal·liativa	12
Via subcutània	14
Adequació farmacoterapèutica en cures pal·liatives	18
Síntomes freqüents en cures pal·liatives	20
Anorèxia	21
Ascites	22
Astènia	23
Boca Seca	24
Delírium	25
Dispnea	27
Dolor	28
Estrenyiment	37
Hemoptisi	39
Insomni	40
Prurit	41
Tos	42
Úlceres amb enfocament pal·liatiu	43
Vòmits	45
Equip de Suport d'Atenció Domiciliaria (ESAD Mallorca)	48
Bibliografia	48

Habilitats bàsiques de comunicació

"La comunicació és una eina terapèutica" – Dr Llorenç Roig (ESAD Mallorca).

Cordialitat

- La manera d'**acollir al pacient** és molt important.
- Llei del "**eco emocional**": es rep dels pacients el que se'ls dona a la consulta (si donem somriures, rebrem somriures i si donem hostilitat, rebrem hostilitat).
- Cal intentar abordar la consulta amb **amabilitat/simpatia**.
- **Marcadors de cordialitat**: un somriure, dir-li al pacient pel seu nom ("*per tota persona, el seu nom és el so més dolç i important en qualsevol idioma*" - Cale Carnegie), donar-li la mà, mirar-lo amb atenció, fer un comentari amable i fer servir un to de veu agradable.

Respecte, honestedat, neutralitat

- **Respecte**: Preservar i respectar la forma de pensar, els valors ideològics i ètics, les creences, els desitjos i les preferències respecte les cures sanitàries (del pacient i familiars).
- **Honestedat**: Tractar al pacient amb sinceritat i coherència, respectant els valors de la justícia i de la veritat.
- **Neutralitat**: No influir en les seves decisions i no fer interpretacions ni judicis.

Escolta activa

- Es basa en **mostrar interès** i, en les fases inicials permetre la narrativa espontània facilitant el buidament de la informació, amb escolta sense interrupcions.
- Algunes **tècniques d'ajuda** són les següents:
 - **Ventilació emocional**: permetre al pacient expressar el que sent davant una situació difícil. → "*Com se sent?*", "*Què li preocupa?*"
 - **Facilitacions**: es tracta d'ajudar a iniciar o prosseguir el relat. → "*Continuï, l'escolto amb atenció*", "*I què més?*", "*Xerri'm més d'aquest tema*", *sons guturals o gestos d'assentiment*.
 - Preguntes obertes.
 - Baixa reactivitat: prioritzar l'escolta xerrant menys que el pacient.
 - Silencis funcionals: faciliten l'expressió d'emocions i sentiments, i s'han de fer servir en moments de tensió emocional.
 - Fer resums.
 - **Parafrasejar**: repetir la última frase o paraula. → *Pacient: "Estic prenent morfina i no em calma gens."* *Professional: "Gens?"*
 - **Clarificació**: demanar que ens aclareixi el sentit d'un terme o idea. → "*Què entén vostè per...?*", "*A què es refereix quan diu...?*"
 - **Senyalament**: posar de manifest emocions o conductes i ajudar a expressar sentiments o idees. → "*Pareix preocupat*", "*El noto trist*".

Empatia

- Element bàsic en qualsevol ajuda psicològica.
- És el **comprendre pensaments i emocions** d'altri.
- Precisa d'una **escolta respectuosa i reflexiva**, i de ser pacient.
- Es basa en dos instants: primer **interioritzar i detectar** emocions en el pacient i segon, **demostrar aquesta comprensió** al pacient.
- En tot moment cal intentar mantenir una **distància emocional** amb el patiment del pacient per permetre'ns prendre decisions millors i més justes.
- L'empatia es pot demostrar tant de forma:
 - **Verbal:** "Deu ser difícil per vostè", "Puc entendre que es senti així", "Comprenc com es sent", "Ja veig que pateix...", "Me'n faig al càrrec..."
 - **No verbal:** un somriure oportú, una mirada amistosa, tocar-li la mà.

Informació

- L'objectiu és aconseguir una **comunicació eficaç**.
- Intentarem fer servir un **llenguatge clar i senzill**, comprensible per ambdós i **evitant termes mèdics** complexos o tecnicismes.
- Serà important també **concretar el tema a xerrar**, deixant les instruccions i tractaments **per escrit**.
- Aquest fet no implica compartir o acceptar els continguts exposats per part del pacient.

Normalitzar i validar la reacció emocional

- Qualsevol persona exposada a un estrès reacciona d'una forma concreta, sent casi sempre conductes normals.
- Cal **donar permís** al pacient o familiar o persona cuidadora, per sentir-se com es sent.
- Exemples: "És normal que es senti així", "En la seva situació, és normal que hagi reaccionat així".

Elogiar al pacient/familiar/persona cuidadora

- És important **felicitar-lo per les coses positives** que està fent i per les coses aconseguides en el passat.
- Els elogis han de ser **sincers** i hem d'elogiar amb **intel·ligència** (per exemple, descobrir una actitud, una qualitat bona en el pacient o persona cuidadora, i dir-li).
- Les persones estan acostumades a que sempre se'ls senyali els defectes, i el **destacar les virtuts i capacitats** genera empatia i afavoreix la relació futura.
- S'ha elogiar el que es fa (accions concretes), com per exemple: "Estàs cuidant molt bé al Manel", "Estàs manejant molt bé aquesta situació", "Tot i la teva situació, has aconseguit fer tal cosa".
- En qualsevol cas hem d'**evitar l'adulació**, per exemple: "Ets el millor cuidador del món".

Sentit de l'humor "La raça humana té un arma verdaderament eficaç: el riure" - Mark Twain.

- El sentit de l'humor és un **element bàsic de la salut**, útil en ajuda psicològica i en la relació assistencial.
- Produeix alegria i redueix l'ansietat i l'estrès, a més de ser una defensa contra el patiment, el dolor, la frustració i la repressió social.
- Serveix per **interrompre situacions tenses i aproximar-se a temes difícils**.
- Facilita també el fer front a dificultats i fomenta un bon ànim que ajudi a conviure amb malalties i evitar la depressió.
- L'**humor "saludable"**, que és el que genera benestar, aconsegueix un nivell d'acostament i intimitat amb els altres, estimula les funcions fisiològiques i permet descarregar tensions. Es tracta d'un humor **compartit, afectuós i respectuós**, és a dir, somriure i riure amb el pacient però mai "a costa del pacient".
- **Evitar l'humor "que fereixi"** (sarcàstic i irònic), així com un ús abusiu o forçat de l'humor.

Comunicació de males notícies

Els pacients i familiars necessiten **temps per absorbir la informació i adaptar-se** a les males notícies. Comunicar les males notícies amb pressa o de manera brusca i antipàtica propiciarà una mala resposta de la persona. Els següents passos ajuden a preparar la comunicació de males notícies:

- 1- **Preparació de l'entrevista:** On, quan, a qui, amb qui, com.
- 2- **Esbrinar què sap el pacient:** Sobre el seu diagnòstic i pronòstic, i quines expectatives o preocupacions té. Exemples: "Com descriuria la seva situació?", "A què creu que es deu el seu problema?", "Què li han dit de la seva malaltia?", "Què és el que més li preocupa?".
- 3- **Explorar el que el pacient vol saber:** Reconèixer què i quant vol, preguntant si desitja més informació i identificant què és prioritari pel pacient. Se li ha de donar al pacient l'oportunitat de preguntar: "Vol preguntar-me alguna cosa?". Exemples: "Li agradaria que parléssim de la seva malaltia?", "Si les coses en un futur no anessin bé, voldria ser informat?".
- 4- **Donar la informació al pacient:** Donarem la informació que el pacient vol saber i quan estigui preparat, sempre permetent que faci preguntes i aconseguint que es senti escoltat. Sempre és millor donar-la en porcions petites, amb frases curtes i un llenguatge senzill. Si es pot, està bé fer servir el suport de recursos gràfics. **AVÍS:** tota persona es prepara millor si rep un avís i veu que se li donarà una mala notícia. El pacient té dret a acceptar o rebutjar qualsevol tipus de proposta, i nosaltres hem de respectar sempre el seu dret a prendre decisions. Mai podem donar informació falsa ni falses esperances. Hem de valorar en cada pacient la seva capacitat d'**ASSIMILACIÓ**: cada persona necessita un ritme diferent per assimilar la notícia (tècnica de la ambigüitat calculada: anar donant la informació a mesura que la demani), de forma que arribem amb el temps que el pacient ens demani a la "veritat tolerable".
- 5- **Respondre a la reacció emocional del pacient:** Reconèixer/preguntar i respondre a les emocions i sentiments del pacient, facilitant la seva expressió emocional, normalitzant i validant els seus sentiments. En aquest sentit, són importants els silencis, l'empatia (solidaritat emocional amb el pacient), l'escolta i el respecte.
- 6- **Pla de cures i resum de la situació:** Cal acceptar les opinions del pacient i dels familiars, intentar reduir la incertesa (resoldre dubtes), desenvolupar un pla conjunt i oferir disponibilitat i seguiment.

En cas de mort inesperada

1. **Fer servir la tècnica escalonada:** donar la notícia en diverses fases: en primer lloc dir que el pacient està greu, que s'està fent tot el possible, i que informarem al cap d'uns minuts. Després dir que ha empitjorat, i així en diverses etapes fins informar de la defunció. Així s'afavoreix l'assimilació, suavitzant l'impacte que una notícia d'aquesta magnitud tindria aportada de forma brusca (no és el mateix assimilar-la en cinc minuts que en 20 segons).
2. **Important transmetre:** que ha estat ben atès, que no ha patit, que ha estat acompanyat, que s'ha fet tot el possible i minimitzar sentiments de culpa.
3. **No abandonar** als que han rebut aquesta notícia i quedar-nos amb ells durant uns minuts.

Trucada o visita de dol

1. **Donar el condol:** buscar el moment i la forma adequades (telefònica, presencial, carta de dol).
2. **Escolta activa i empàtica.**
3. **Facilitar relats i records:** facilitar el relat de la mort i parlar de la persona difunta produeix alleujament. Fomentar els records positius i subratllar el "llegat".
4. **Elogiar les persones cuidadores:** el seu acompanyament i les seves cures, l'ajuda per complir els desitjos del pacient i el respecte als seus valors.
5. **Emocions i sentiments:** normalitzar i validar les reaccions emocionals (la pena, la culpa, la ira, etc.), explicant que són sentiments normals davant la pèrdua d'un ser estimat. Evitar la culpa i afavorir l'expressió dels sentiments (plorar, parlar del que es sent, etc.). Compartir les emocions i entendre la "universalitat", és a dir, que casi totes les persones, en similars circumstàncies experimenten sentiments similars.
6. **Conductes:** reorganitzar-se amb nous objectius (realistes) i buscant els propis rituals d'acomiadament. Aplaçar o no prendre decisions importants en aquest moment.
7. **Acceptació:** acceptar els propis sentiments i acceptar també el dol i la mort.
8. **Recolzament social:** rodejar-se de persones en les que recolzar-se i que ens facin sentir bé (família, amics, etc.).
9. **Recolzament psicològic:** Valorar si hi ha FRDC* o si el dol és complicat (en aquest cas valorar grups de recolzament o derivació a psicologia).
10. **Futur:** "pren-te el teu temps". Cada persona ha d'anar al seu ritme, així com cuidar el seu cos (vida sana).
11. **És un "procés", no un estat.**

*FRDC (factores de risc de dol complicat):

- **Relacionals:** pèrdues a edats primerenques, dependència, relació conflictiva.
- **Circumstancials:** joventut, pèrdua sobtada o brusca, pèrdues múltiples o acumulades, record dolorós, no recuperació del cadàver o deformitat d'aquest, duració de la malaltia i l'agonia.
- **Personals:** edats extremes del familiar, escassetat de recursos de maneig de l'estrès, dols no resolts, malaltia física o psíquica prèvia o actual, reaccions emocionals molt exagerades, etc.
- **Socials:** absència de suport sociofamiliar, econòmic, responsabilitats múltiples (fills petits, economia familiar), mort estigmatitzada, conflictivitat laboral, etc.

Situació d'Últims Dies (SUD)

Concepte

- **Període** que **precedeix la mort** quan aquesta es produeix de forma gradual i que apareix en la fase final de moltes malalties.
- **Inici**: sol ser **insidiós**, tot i que reconeixible.
- **Duració**: Habitualment **inferior a una setmana, per terme mitjà 2-3 dies** (pronòstic de vida de dies/hores).
- **Etapa dura i delicada**, amb gran inestabilitat clínica i emocional.
- **Característiques**: s'acompanya de deteriorament físic intens, debilitat extrema, alta freqüència de trastorns cognitius i de consciència, dificultat de relació i ingesta.

Diagnòstic i reconeixement de la SUD

- La SUD associa totes les següents: malaltia avançada/terminal, anorèxia amb pèrdua de via oral, postració, delírium hipoactiu o hiperactiu. Altres símptomes freqüents són els canvis del patró respiratori, apnees, estretors, disfàgia, anúria, cianosis labial, fredor nasal, fredor d'extremitats, livideses.
- **Escala de Menten** → identifica 8 signes característics d'aquesta fase: fredor o pal·lidesa nasal, fredor d'extremitats, livideses, cianosis labial, anúria (< 300 ml/dia), estretors, apnees > 15 sg, somnolència (> 15 h/dia). Es parla de situació d'**agonia** quan es compleixen al menys 4 criteris (90% de defunció en < 4 dies).

Abordatge del pacient

Requereix un abordatge especial, amb aquests punts clau (regla **LLOCIASE**):

1. **Decidir el LLOc per morir**
2. **Cures de Confort**
3. **Informació**
4. **Acompanyament**
5. **Control de Símptomes**
6. **Èxitus**

A continuació es detalla cada apartat:

1. Decidir el LLQc per morir:

- En la decisió d'hospital vs domicili cal respectar els desigs del pacient/família i explicar que poden canviar d'opinió. Ha de quedar clar que las 2 opcions són vàlides.
- Premisses pel maneig de la SUD a domicili: els desigs i preferències del pacient/família, les persones cuidadores han de ser competents i el pacient ha de comptar amb el suport adequat per part de professionals sanitaris.

2. Cures de Confort → Es descriuen a la següent taula.

<p>Mesures físiques (adaptades a la situació, prioritzar confort)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Cures de la boca</u>: mantenir la boca neta, evitar la sequedat i acumulació de residus. Hidratar/humidificar/netejar la boca i els llavis amb una gasa molla amb aigua o camamilla. Retirada de pròtesis dentals. - <u>Canvis posturals</u>: minimitzar-los, mantenir una postura còmoda i confortable, realitzar mobilitzacions suaus, només si són necessàries. - <u>Higiene, cures de la pell i cures</u>: Hidratar amb massatges suaus amb cremes hidratants, sempre que no sigui molest. Fer coincidir la higiene amb les cures (intenció pal·liativa) per minimitzar molèsties. Si les maniobres o cures són doloroses, pautar analgèsia sl o sc, 30 min abans. - <u>Eliminació</u>: Canvis de bolquer només si són necessaris. Evitar l'ús d'ènemes: el restrenyiment no sol incomodar en aquesta fase. Si està agitat i presenta retenció aguda d'orina o fecaloma, valorar sondatge vesical o mesures rectals si són necessàries.
<p>Mesures ambientals</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prioritzar el <u>confort</u> (comoditat, descans, serenitat), garantir <u>tranquil·litat</u> en l'ambient proper del pacient i evitar sorolls, regular les <u>visites</u> i reforçar la <u>presència física</u>.
<p>Mesures organitzatives</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Evitar la presa de constants vitals i estudis o mesures agressives o innecessàries</u>. - <u>Alimentació i hidratació</u>: Si dificultat per a la ingesta, no forçar-la. Si pèrdua de via oral, explicar als familiars la no procedència d'hidratació i alimentació en aquesta fase. - <u>Fàrmacs</u>: Simplificar el tractament, suspendre tractaments innecessaris. Instruccions concretes per escrit per control de símptomes, amb pautes fixes i rescats si precisa per canvis evolutius. Via sc: utilitzar-la si pèrdua de via oral (no diluir la medicació ni rentar la via).

3. Informació i Acompanyament → Hem de parlar amb el pacient i la família/persones cuidadores sobre:

- Últimes voluntats, desigs i preferència respecte a l'atenció al final de la vida. Serà clau decidir el lloc per morir i poder descriure els diferents escenaris.
 - Preguntar sobre la presència de símptomes com ara dolor (valorar expressió facial, queixes), dispnea, apnees, estretors, agitació o inquietud i anúria.
-
- Donarem la informació necessària i adequada amb llenguatge senzill sense tecnicismes, donant missatges breus en to calmat, donant informació del procés (explicar el significat dels estertors, canvis en la respiració, aparició d'apnees, pèrdua de la via oral, postració), i facilitar la resolució de dubtes o preguntes que sorgeixin.
 - Davant d'una situació de crisi: informarem i prepararem a la família i/o persones cuidadores de l'actuació amb al pacient, amb l'objectiu d'evitar mals records o dols complexos. Deixarem pautes per escrit i ensenyarem el maneig de la via sc.
 - Donarem suport emocional de la següent forma: afavorint l'expressió de sentiments, amb actitud d'escolta, respecte i afecte, cuidant els aspectes espirituals i religiosos, oferint disponibilitat i seguiment.
 - En cas d'èxitus: explicar la ruta assistencial (avisar al 061 per a que un metge acudeixi a certificar la mort, tenir a mà el DNI del pacient i avisar als serveis funeraris (funerària i/o assegurança de decessos, si la té) i fer un seguiment posterior (trucada o visita de dol).
 - En el cas de SUD complexa, valorar contactar amb ESAD per assessorament i/o derivació, si precisa.

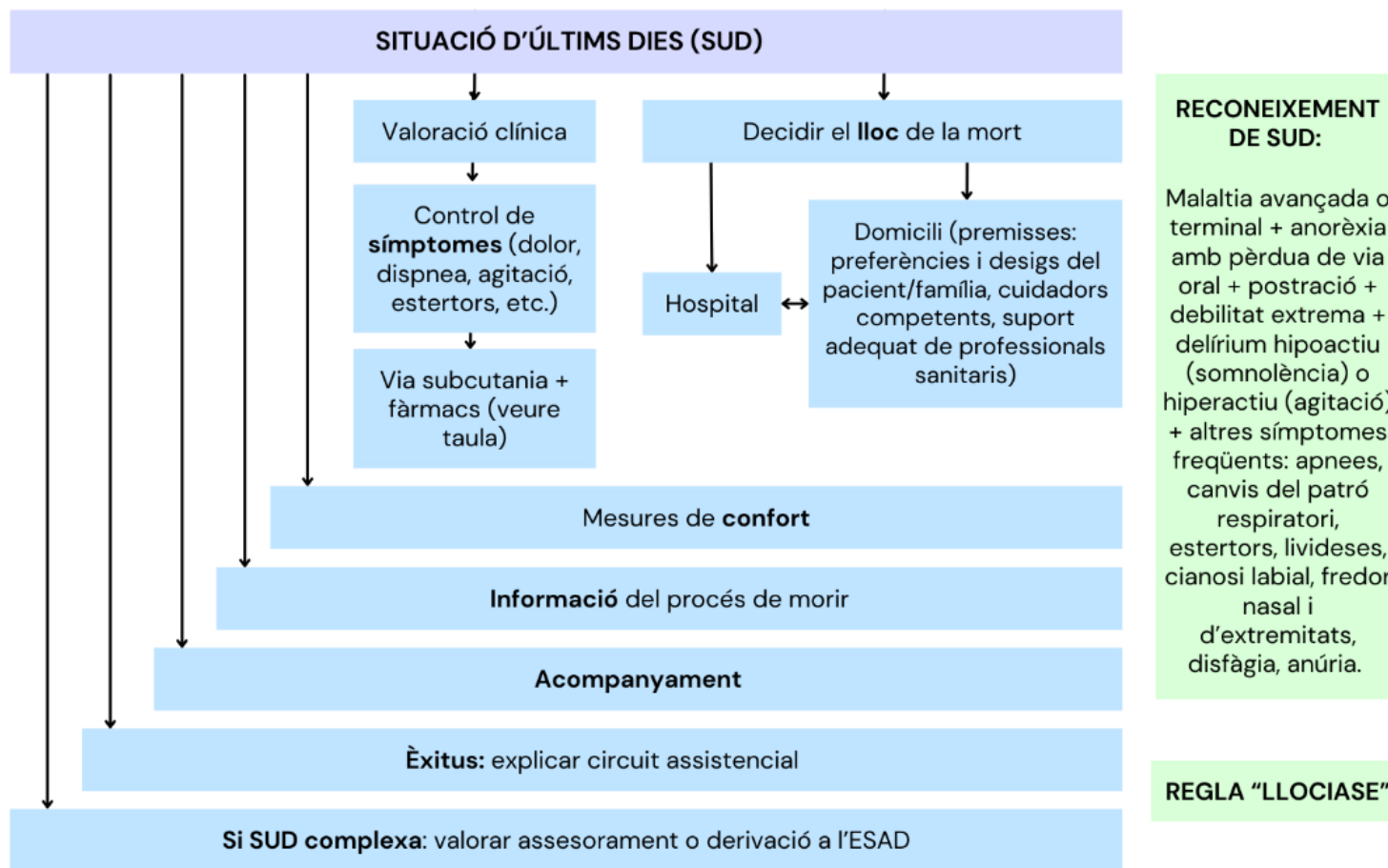
4. Control de Síntomes → Les següents pautes són via sc (**sense diluir les ampolles ni rentar la via**), amb palometa 22-23G infraclavicular, pectoral o en braços.

Dolor	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Morfina</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Sense tractament previ: 2,5-5 mg/4 h. • Amb tractament opioide previ: passar dosi diària vo a via sc (½ de dosi oral; repartir cada 4 h). • Rescats: 1/6 de la dosi total diària. • Revisar al cap de 24 h i afegir rescats a la dosi total diària. - <u>Si pegat de fentanil previ</u>: mantenir-lo.
Dispnea	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Morfina</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Sense tractament previ: 2,5-5 mg/4 h. • Amb tractament opioide previ: augmentar dosi total diària prèvia un 50 %. • Rescates: 1/6 de la dosi total diària. - <u>Si ansietat</u>: afegir midazolam 2,5-5 mg sc/4-6 h. - <u>Si crisi de dispnea severa</u>: morfina 5 mg sc + midazolam 5 mg sc.
Ansietat, inquietud o insomni	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Midazolam</u> 5-7,5 mg/4-6 h, (rescats de 5 mg).
Delírium, agitació o sd confusional	<ul style="list-style-type: none"> - Descartar <u>causes tractables</u> (retenció aguda d'orina, fecaloma, infecció urinària, etc). - <u>Sinogan</u> 12,5-25 mg/8 h (rescats de 25 mg) o <u>haloperidol</u> 2.5-5 mg/6-8 h (rescats de 5 mg); si persisteix associar <u>midazolam</u> 2,5-5 mg/4 h.
Convulsió	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Midazolam</u> 2,5-5 mg/4 h. Es pot repetir als 15-30 minuts si precisa.
Estretors	<ul style="list-style-type: none"> - Col·locar al pacient en <u>decúbit lateral</u> amb el colo lleugerament flexionat i evitar l'aspiració de secrecions. - <u>Buscapina</u> 20 mg/6-8 h o <u>escopolamina</u> 0,5 mg/8 h. Mantenir el tractament una vegada instaurat.
Vòmits	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Metoclopramida</u> (Primperan®) 10-20 mg/8 h o <u>haloperidol</u> 2.5-5 mg/24 h. - Si hipertensió intracranial: <u>dexametasona</u> 4 mg/8 h sc (utilitzar una via sc exclusiva per a la seva administració).
Febre	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures generals: draps freds, ambient fresc. - Només si produeix desconfort: diclofenac 37,5 mg (½ amp)/8 h (fer servir una via sc exclusiva per a la seva administració).
Síntoma refractari o intractable	<ul style="list-style-type: none"> - Sedació pal·liativa amb <u>Midazolam</u> 5-10 mg/4 h i rescats de 5 mg.
En cas de dubte	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Regla " 5 + 5 "</u>: Morfina 5 mg + Midazolam 5 mg/4 h. Donar rescats si precisa amb la mateixa dosi (repetir als 15-20 minuts).

Nota: morfina amp 10 mg/ml; midazolam amp 15 mg/3 ml; buscapina®amp 20 mg/ml; escopolamina amp 0,5 mg/ml; haloperidol amp 5 mg/ml; sinogan®amp 25 mg/ ml (levomepromazina); primperan® amp 10 mg/ 2 ml (metoclopramida), diclofenac amp 75 mg/3 ml, fortecortin® amp 4 mg/ ml (dexametasona). Es poden receptor totes menys el midazolam i la escopolamina.

5. **Èxitus** → Si l'èxitus es produeix en el domicili cal firmar el certificat de defunció i orientar la família, si ho necessiten, en l'avís dels serveis funeraris (funerària i/o assegurança de decessos, si la té).

Algorisme de maneig de la SUD



Sedació pal·liativa

Concepte

És l'administració de fàrmacs per reduir la consciència d'un pacient amb malaltia avançada o terminal en la mesura que sigui necessari, amb el seu consentiment i amb la intenció d'alleugerir de forma adequada un o més símptomes refractaris.

Requeriments ètics per a la sedació pal·liativa

- Presència d'un **síntoma refractari** (dolor, dispnea, delírium hiperactiu o agitació, ansietat greu o sagnats aguts massius).
- En el context temporal dels **últims dies de la vida del pacient amb malaltia terminal**.
- Intenció de la sedació: **aconseguir alleugerir un patiment intens**.
- Obtenir un **consentiment informat** (pot ser verbal). Imprescindible que consti en història clínica (el registre en la història clínica és un requisit suficient i necessari).

Aspectes legals de la sedació pal·liativa en l'agonia

Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir → Article 14: dret dels pacients a la administració de sedació en l'agonia: **"els pacients en situació terminal o d'agonia tenen dret a rebre sedació en l'agonia quan ho necessitin i estigui indicada"**.

Indicacions

- Situació d'Últims Dies (**SUD**).
- **Símptomes refractaris** (que no s'alleugereixin amb el tractament estàndard).
- **Situació de crisi d'emergència en el pacient pal·liatiu**: hemorràgia massiva, asfíxia o dispnea severa, dolor sever, vòmits incoercibles, patiment psicològic o existencial, ansietat/pànic, delírium o agitació extrema.

Tractament

<p>Midazolam sc (amp 15mg/3ml)</p> <p>D'elecció en la majoria de les situacions: dolor sever, hemorràgies massives, dispnea severa, vòmits incoercibles, ansietat/pànic o patiment.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosi inicial o d'inducció: 5-10 mg sc - Dosi de manteniment: 5-10 mg/4 h sc. - Si infusió continua sc: si no pren benzodiazepines 15-30 mg /24 h, si pren benzodiazepines 30-60 mg /24 h - Dosi de rescat sc: 5-10 mg. - Dosi màxima diària sc: 120-240 mg. Es recomana no sobrepassar 120 mg/dia sc. - Si no s'aconsegueix el nivell de sedació adequat amb dosi màximes, afegir Levomepromazina sc.
<p>Levomepromazina sc (Sinogan® amp 25mg/1ml)</p> <p>En cas de delírium refractari, antecedents d'alcoholisme i/u altres drogodependències o contraindicació per a benzodiazepines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dosi inicial o d'inducció: 12,5-25 mg sc - Dosi de manteniment: 12,5-25 mg/6 h sc. - Si infusió continua sc: 75-100 mg/24 h. - Dosi de rescat sc: 12,5-25 mg cada 30 minuts o cada hora si és necessari. - Dosi màxima diària sc: 300 mg. - Es pot associar midazolam sc.
<p>Morfina sc</p>	<p>Associar opioïdes (morfina sc) de forma concomitant quan el dolor i la dispnea es troben entre els símptomes.</p>

Escala de Ramsay

S'utilitza per valorar el grau de sedació, i en el cas de la sedació pal·liativa, es busca arribar a un grau de sedació de 5-6 en la escala de Ramsay. En cas de no estar en el grau desitjat, s'administraria una dosi de rescat. Cal monitoritzar el grau de sedació i deixar-lo registrat en la història clínica.

1. Despert, ansiós i agitat.
2. Despert, cooperador, orientat i tranquil.
3. Adormit amb resposta a ordres.
4. Somnolent amb breus respostes a la llum i al so.
5. Adormit amb resposta només al dolor.
6. Profundament adormit, sense resposta a estímuls.

Via subcutània

Maneig bàsic

- **Material:** fer servir palometa de metall o plàstic (d'elecció: Sat-T-íntima), mida 22G-23G (màxim 25G).
- **Zones de punció:**
 - Localitzacions més freqüents: regió pectoral infraclavicular, deltoïdes i part externa dels braços. Altres llocs que podrien plantejar-se són la cara anterolateral de cuixes, zona abdominal superior (hipodermoclisi), zona escapular (pacients agitats).
 - Evitar en zones de pell edematoses, irradiades, amb infiltració tumoral o ulcerades, prominències òssies, zones pròximes a una articulació, plecs, inflamació, infecció local, cicatrius o utilització prèvia recent.
- **Tècnica de punció:** rentat de mans; desinfectar la zona d'inserció; introduir la palometa en angle de 30°-45°; retirar el fiador de la via (si es disposa d'ell); fixar la palometa amb apòsit transparent on es pugui veure la zona de punció; administrar la medicació lentament: màxim 2-3 ml per administració en bolus.
- **IMPORTANT: no diluir la medicació i no rentar la via.**
- **Avantatges:** ús senzill en SUD i control de símptomes, tant per a sanitaris com per a persones cuidadores, amb poques complicacions i efectes secundaris.

Indicacions

- **Dificultat o pèrdua de via oral:** nàusees/vòmits, disfàgia, malabsorció, fístula tràqueo/bronco-esofàgica o enterocutànies o digestives, alteració del nivell de la consciència, debilitat extrema, rebuig de la via oral, càncer oral.
- **Símptomes o situacions de difícil control per via oral:** dolor resistent a opioides orals, dispnea, delírium o agitació, oclusió intestinal, hidratació (hipodermoclisi), dificultat per al accés venós, convulsions, agonia, sedació.

Contraindicacions

- Anasarca (edema generalitzat), hipoalbuminèmia severa.
- Xoc, hipoperfusió perifèrica.
- Coagulopaties i trombocitopènies severes i pacients en tractament amb anticoagulants i/o antiagregants (valorar la seva deprescripció).
- Alteracions cutànies locals en la zona de punció: infeccions, ulceracions, infiltració tumoral, induració, edema, incisions quirúrgiques, radiodermitis.
- Rebuig del pacient o familiars.

Tot i que aquestes contraindicacions han de ser considerades en la pràctica assistencial, es presenten molt infreqüentment, pel que rara vegada existeix contraindicació absoluta per a la via subcutània.

Fàrmacs via subcutània

Fàrmac	Indicacions	Presentacions	Dosi/pauta	Observacions
Morfina (vida mitja 4h) RELE	Dolor Dispnea, tos Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> Morfina 1 % amp 10 mg/ml Morfina 2 % amp 20 mg/ml 	No hi ha límit de dosi però hem d'individualitzar: <ul style="list-style-type: none"> 0,5 mg/kg/dia (en 6 dosis cada 4h si es en bolus). Si rep morfina oral, pautar la mitat de dosi. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotosensible. Pot mesclar-se. Equivalència oral/sc: 2:1
Midazolam (vida mitja 2-5 hores) H	Ansietat, inquietud, agitació Convulsions Mioclònies per opioides Dispnea terminal Singlot intractable Síntomes refractaris Sedació pal·liativa.	amp 15 mg / 3 ml • 1 ml = 5 mg	<ul style="list-style-type: none"> Dosi habitual: 15-60 mg/dia (6 dosis repartides cada 4h, si és en bolus: 2,5-10 mg/4h). Dosi inicial: 2,5-5 mg cada 4-6h (individualitzar dosis en funció de la resposta). Convulsions: 10mg; si no cedeix es pot repetir 	<ul style="list-style-type: none"> Pot mesclar-se.
Butilbromur de hioscina (Buscapina®, vida mitja 6-8h) RELE	Estretors Secrecions respiratòries Obstrucció intestinal Antiespasmòdic (còlics) Sialorrea Espasme vesical	amp 20 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> Dosi habitual: 20 mg/ 4-6 h. Dosi màxima: 60-180 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> No produeix somnolència ja que no travessa la barrera hematoencefàlica. Pot mesclar-se.
Hidrobromur de hioscina (Escopolamina, vida mitja 6h) H	Estretors	amp 0,5 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> 0,5 mg-1 mg/4-6 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Causa somnolència en travessar la barrera hematoencefàlica. Ús hospitalari o de cures pal·liatives
Haloperidol (vida mitja 8-12 hores) RELE	Nàusees i vòmits (d'origen central) Agitació, delírium Singlot	amp 5 mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> Antiemètic: 0,5-20 mg/dia (dosi habitual: 3-5 mg/dia). Dosi delírium/agitació: 1-20 mg/dia. Dosi singlot: 1-3 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fotosensible. Pot mesclar-se.

<p>Levomepromazina (Sinogan®, Nizolan®, vida mitja 15-30h) RELE</p>	<p>Delírium, agitació, ansietat Nàusees i vòmits Sedació pal·liativa en delírium refractari Agitació refractària a midazolam o amb contraindicació a BZD. Útil en obstrucció intestinal (disminueix secreció intestinal).</p>	<p>amp 25 mg/ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi habitual: 25-75 mg/24 h (repartit cada 8 h). <ul style="list-style-type: none"> • Rescats: 12,5-25 mg. • Dosi màxima: 300 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pot ser irritant. • Es recomana no mesclar, tot i que es pot mesclar amb morfina, midazolam, buscapina o escopolamina.
<p>Metoclopramida (vida mitja 6-8h) RELE</p>	<p>Nàusees i vòmits d'origen perifèric. Estasis gàstrica per compressió tumoral. Singlot.</p>	<p>amp 10 mg/2 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi habitual: 30-60 mg/dia. • Dosi màxima: 120 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veure la taula de compatibilitats de fàrmacs per via subcutània.
<p>Dexametasona (corticoide d'elecció en cures pal·liatives per la seva alta potència, vida mitja llarga i escàs efecte mineralocorticoide (no causa retenció hidrosalina)). RELE</p>	<p>Dolor, dispnea, tos Disfàgia, vòmits Astènia/anorèxia Compressió medul·lar Sd de vena cava superior Obstrucció intestinal Convulsió per tumor cerebral o metàstasis cerebrals.</p>	<p>amp fortecortin 4 mg/ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi: 2-16 mg/dia. • Individualitzar segons indicació i pacient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotosensible. • No mesclar (fer servir una altra via sc) ja que és irritant i pot cristal·litzar al mesclar-la. • Només es pot mesclar amb morfina o tramadol.
<p>Diclofenac (vida mitja 8 hores) RELE</p>	<p>Dolor ossi Febre</p>	<p>amp 75 mg / 3 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi habitual: ½ amp cada 8h • Dosi diària: 75-150 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrita la zona de punció. (en cures pal·liatives infusió sc amb SSF i/o SG al 5%). • No mesclar (utilitzar una altra via sc). • Es pot associar amb anticoagulants orals.

Tramadol (vida mitja 6-8 hores) RELE	Dolor, tos	amp 100 mg/ 2 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi habitual: 50-100mg/6-8h. • Dosi màxima: 400 mg/dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interacciona amb anticoagulants orals. • Donar la meitat en ancians.
Furosemida (vida mitja 8 hores) RELE	Edema cardiogènic, hepàtic i/o renal. Diürètic, singlot, hipercalcèmia	amp 20 mg/ 2 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Dosi: 20-140 mg/dia (en bolus de 20 mg). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotosensible. • No mesclar. • Pot donar dolor i coïssor en la zona de punció (en cures pal·liatives infusió sc amb SSF y/o SG al 5%).

Compatibilitat de fàrmacs via subcutània

<u>UTILITZABLES VIA SC</u>		<u>NO UTILITZABLES VIA SC</u>
COMBINABLES	NO COMBINABLES (utilitzar una altra via sc)	
Morfina (fotosensible) Midazolam Buscapina® Escopolamina Levomepromazina (Sinogan®)* Haloperidol (fotosensible)** Metoclopramida*** Tramadol	Dexametasona (fotosensible), només es pot mesclar amb morfina i tramadol Diclofenac Furosemida (fotosensible)	Metamizol (molt irritant) Diazepam (pot causar necrosis) Clorpromacina (pot causar necrosis greixosa) Flumazenil (Anexate®)

*Excepte amb metoclopramida i haloperidol.

**Excepte amb metoclopramida i levomepromazina.

***Excepte amb haloperidol i levomepromazina. Alt risc de precipitació. Es recomana la seva administració apart.

Adequació farmacoterapèutica en cures pal·liatives

Concepte

- En les cures pal·liatives és essencial avaluar la medicació i adequar els fàrmacs a la situació, tenint en compte els objectius i les expectatives de vida.
- Tot i que no hi ha un clar consens sobre quins fàrmacs són inadequats en aquest període, alguns d'ells no es consideren apropiats (sobretot perquè el temps necessari per obtenir un benefici és superior a la expectativa de vida del pacient).

Revisió del tractament farmacològic

- L'objectiu és millorar la qualitat de vida del pacient, així com la de la seva família, d'una manera integral, continuada i compartida entre els diferents recursos sanitaris, potenciant l'autonomia del pacient i la Planificació Anticipada de Decisions i, a la vegada, aconseguint el control dels símptomes, i el confort físic i emocional.
- Es recomana revisar periòdicament la medicació i prescindir dels fàrmacs que no tinguin utilitat immediata.
- Requereix la participació multidisciplinària, així com del pacient i dels seus cuidadors. En aquest procés, el Farmacèutic d'Atenció Primària (FAP) serà de gran ajuda.
- Aquesta revisió es dividirà en etapes:
 - Etapa 1. Valoració centrada en la persona. Definir objectius terapèutics segons els objectius assistencials.
 - Etapa 2. Valoració centrada en els problemes de salut, identificar-los i jerarquitzar-los. Associar els fàrmacs als problemes i classificar-los en funció de l'objectiu.
 - Etapa 3. Valoració centrada en el medicament. Valorar la necessitat, efectivitat, adequació i seguretat de cada fàrmac.
 - Etapa 4. Proposta d'un pla farmacològic individualitzat.

Eines i recursos

Existeixen diferents eines per ajudar en el procés de presa de decisions per la deprescripció:

- Criteris explícits: STOPP/START, STOPP-FALL, Beers, Less-Chron, STOPP-FRAIL, STOPP-PAL, Morin, Peace, Parson.
- Sistemes electrònics: Deprescribing.org, MedStopper, MedSafer, ACB Calculator.
- Notes de seguretat de l'AEMPS.

Maneig bàsic

- L'optimització del règim farmacològic és un procés dinàmic.
- És preferible retirar fàrmacs d'un en un, per identificar els possibles efectes adversos després de la retirada i prendre les accions correctores necessàries.

Medicació potencialment inapropiada

- **IBP i antiH2:** Retirar-los si s'utilitzen com a profilaxis d'úlceres pèptiques en pacients sense antecedents de sagnat o úlceres gastrointestinals i sense tractament concomitant amb AINE, corticosteroides orals o altres medicaments gastrolesius, esofagitis erosiva, esòfag de Barrett o hipersecreció patològica. És necessària la retirada gradual per risc de dispèpsia i augment de secreció àcida de rebot, (50% de la dosi per 4-6 setmanes o prendre-la en dies alterns si les càpsules no es poden partir).
- **Antidiabètics:** Mantenir només el tractament hipoglucemiant necessari per minimitzar els símptomes relacionats amb la hiperglucèmia. DM tipus 1: ajustar la insulina a la mínima dosi, una vegada al dia. DM tipus 2: Prioritzar la monoteràpia. Ajustar a la dosi mínima sense símptomes d'hipo o hiperglucèmia.
- **Calci, vitamina D, ferro i suplementes vitamínics:** Retirar sense reducció gradual.
- **Anticoagulants orals:** Individualitzar. Considerar deprescriure si Pfeiffer ≥ 8 o si existeix alt risc de caigudes.
- **Antiagregants:** Valorar retirada en prevenció cardiovascular primària (no existeix evidència de benefici), sense retirada gradual.
- **Antihipertensius:** Retirada gradual si s'utilitzen només com a antihipertensius (objectius de control menys estrictes), hi ha risc d'hipertensió de rebot i taquicàrdia. Es pot mantenir el fàrmac de 1ra línia però evitar tractaments combinats en >80 anys amb PAS <160 mmHg. Pensar que els opiacis poden hipotensar. β -bloquejants: reducció gradual en intervals mensuals. Tiazides: dosificació a dies alterns.
- **Hipolipemiants:** Retirar, sense reducció gradual.
- **Triple Whammy:** Evitar combinar AINE + IECA o ARA-II + diürètic (risc de fallada renal aguda).
- **Antigotosos:** Al·lopurinol: Retirar si 5 anys sense episodis de gota (tenir en compte l'edat i les xifres d'àcid úric). No tractar la hiperuricèmia asimptomàtica, excepte si xifres de >13 mg/dl en homes i >10 mg/dl en dones o en tractaments oncològics. Febuxostat: desaconsellat en risc CV elevat o malaltia CV establerta.
- **Antiespasmòdics urinaris:** Retirar en pacients que utilitzin absorbents (presenten millora modesta i alta càrrega anticolinèrgica).
- **Analgèsics:** Metamizol: només durant 7 dies a les dosis mínimes eficaces. Paracetamol 1 g/8h: valorar canviar a 500-600 mg/6-8h (efectivitat i menys risc).
- **Antagonistes α -adrenèrgics:** Evitar si els símptomes no afecten la qualitat de vida. Combinar antagonistes α -adrenèrgics + inhibidores 5 α -reductasa no és aconsellable i és possible la retirada de l'antagonista α -adrenèrgic als 6-12 mesos de tractament.
- **Antipsicòtics:** Evitar la cronificació en pacients amb símptomes de comportament en les demències i revalorar la continuïtat cada 3 mesos. Retirar gradualment en trastorns de comportament associats a demència després d'un mes sense símptomes.
- **Inhibidors de la colinesterasa (rivastigmina, donepezil, galantamina) i memantina:** No iniciar i valorar retirar si demència avançada (Geriatric Depression Scale >6), si no s'ha demostrat resposta, si hi ha efectes adversos o a petició del pacient/cuidador. Retirada gradual i monitoritzar símptomes de retirada (poden aparèixer als 1-3 dies de reducció de dosi) i la recurrència dels símptomes psicològics i conductuals de les demències solen aparèixer a la 1-2 setmanes.
- **Tractament pel vertigen (Trimetazidina):** no autoritzada per tractar el vertigen, acúfens i alteracions de la visió. Betahistina: indicada en la síndrome de Ménière. Valorar l'adequació i efectivitat. Descartar causes farmacològiques del vertigen.

Símtomes freqüents en cures pal·liatives

Anorèxia

Etiologia múltiple i multifactorial

- Fàrmacs: opioides, antibiòtics, etc.
- Càncer
- Dolor
- Restrenyiment
- Vòmits
- Ansietat i depressió
- Alteracions metabòliques
- Infecció
- Patologia oral

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Consells dietètics: respectar els seus gustos, dieta adaptada al pacient, cuidar la presentació i fraccionar les menjades (plats i racions petites, amb alt contingut calòric), no forçar la ingesta. - Cures de la boca. - Exercici físic moderat i tolerable, adaptat al pacient. - Tractament de les causes tractables: infecció, depressió, dolor, vòmits, patologia oral, etc.
Fàrmacs (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Si pronòstic vital major de 4 setmanes: Progestàgens (acetat de megestrol): inici amb 160-320 mg/dia, increments de 160-320 mg cada setmana, dosi màxima 800 mg/dia. Triguen 4 setmanes a fer efecte i no s'han de fer servir si hi ha antecedents tromboembòlics. - Si pronòstic vital menor de 4 setmanes o no millora amb progestàgens o hi ha antecedents trombòtics: Corticoides (Dexametasona 4-8 mg/dia o Prednisona 20-40 mg/dia). - Altres: Mirtazapina 15-30 mg/dia; Metoclopramida 10 mg/4 h en cas de gastroparèsia, nàusees cròniques o sacietat precoç; Olanzapina 5 mg/dia (es pot associar amb acetat de megestrol).

Ascites

Etiologia

- **No oncològica:** cirrosi hepàtica, hipertensió portal, hepatopatia crònica, insuficiència cardíaca, síndrome nefròtica, pancreatitis, tuberculosi, perforació intestinal, pericarditis constrictiva, hipoalbuminèmia greu.
- **Oncològica** (ascites maligna): hepatocarcinoma, càncer gàstric, pàncreas, colorectal, mama, ovari, endometri, carcinomatosis peritoneal.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Restricció de sodi (només benefici en hipertensió portal). - Evitar AINEs, betabloquejants, IECAs, ARA II, aminoglicòsids. Valorar la deprescripció d'aquests fàrmacs.
Diürètics (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Espironolactona: d'elecció. Inici amb 100 mg/dia, amb increments esglaonats cada 72 h (en passos de 100 mg) i fins un màxim de 400 mg/dia. - Furosemda: afegir si no respon a espironolactona. Inici amb 40 mg fins un màxim de 160 mg/dia. No fer servir en monoteràpia.
Paracentesi evacuadora	Indicada en ascites a tensió, ascites simptomàtica o en ascites refractària (que no respon a diürètics).

Astènia

Etiologia múltiple i multifactorial

- Patologia oncològica.
- Fàrmacs: opioides, tractaments antitumorals, estatines, relaxants musculars, benzodiazepines, antidepressius, anticolinèrgics, diürètics, antiepilèptics, neuroleptics, betabloquejants, etc.
- Mal control d'altres símptomes: dolor, dispnea, vòmits, insomni, etc.
- Presència de comorbiditats o complicacions del càncer: infecció, hemorràgies, hipòxia, alteracions metabòliques o endocrines, disfunció cardiopulmonar, hepàtica, renal, neurològica, etc.
- Anèmia, dèficit de ferro, àcid fòlic o vitamina b12.
- Ansietat, depressió, somatització, estrès.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicació amb pacient/família/persona cuidadora, sobre la seva situació, les causes de l'astènia i les probabilitats de tractament. - Suport psicossocial, oferint opcions segons les seves possibilitats. - Higiene del son. - Activitat diària adequada i tolerable al grau d'astènia. - Tractament de les causes tractables: anèmia (ferro, àcid fòlic, vitamina b12, transfusió), fàrmacs (reduir o retirar), infecció, hipòxia, hipotiroidisme, depressió, etc.
Fàrmacs (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Corticoides</u>: si pronòstic vital menor de 4 setmanes → Dexametasona 4-8 mg/dia o Prednisona 20-40 mg/dia). - <u>Psicoestimulants</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Metilfenidat 5-10 mg al matí i 5 mg a la tarda (dosi màxima de 30 mg/dia). Està indicat en fatiga severa associada al càncer i depressió, però contraindicat si angor, HTA, alteracions psiquiàtriques, epilèpsia, hipertiroïdisme o glaucoma. • Modafinil 100-200 mg/dia. Indicat en narcolèpsia, astènia en malaltia avançada i en esclerosi múltiple, però contraindicat en els mateixos casos que metilfenidat, excepte en hipertiroïdisme i glaucoma. - <u>Altres</u>: Testosterona si hipogonadisme o nivells de testosterona baixos. Disponible en gel transdèrmic sobres (Testogel®) en RELE 5g/24h. Dosi màxima 10g/24h o gel transdèrmic en tub (Itrogen®) en RELE 3g/24h. Dosi màxima 4g/24h.

Boca seca

Etiologia múltiple i multifactorial

- Deshidratació
- Fàrmacs: opioides, anticolinèrgics, antidepressius, benzodiazepines, etc.
- Infeccions bucals
- Radioteràpia i quimioteràpia
- Ansietat i depressió
- Altres: febre, vòmits, etc.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Adequada higiene de la boca. - Augmentar ingesta de líquids (suc de fruites àcides, aigua amb llimona o taronja, te amb llimona, camamilla amb llimona). - Mastegar xiclets sense sucre. - Llepar caramels de llimona, trossos de pinya natural, glaçons de gel, vitamina C. - Fer col·lutoris de camamilla i llimona. - Prescriure preparats de salives artificials (Bucalson® 2-3 polvoritzacions de 1-2 sg diverses vegades al dia). - Reduir o retirar o canviar fàrmacs productors de boca seca.
Tractament de les infeccions bucals (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Candidiasi oral</u>: Miconazol (Daktarin®) gel oral 2 cullerades/6 h 7-15 dies; Nistatina (Mycostatin®) 2.5-5 ml/6-12 h 7-15 dies; Fluconazol 100 mg/dia 7-10 dies. - <u>Herpes virus</u>: Aciclovir 800 mg/5 h 5 dies; Famciclovir 250 mg/8 h 15 dies.
Fàrmacs (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - Pilocarpina: dosi: 5-10 mg/8 h. Indicat només en xerostomia per radioteràpia i Sd Sjögren ja que té molts efectes secundaris (sobretot hiperhidrosi i dolor abdominal còlic). Està contraindicada en asma, EPOC, malaltia ocular en la què la miosi estigui contraindicada (iritis, glaucoma), embaràs i lactància.

Delírium

Subtipus clínics

Hiperactiu: predomina agitació psicomotora.

Hipoactiu: predomina somnolència, letargia, i disminució de l'atenció i del nivell d'alerta.

Mixt: alterna episodis d'agitació i de letargia.

Etiologia múltiple i multifactorial

- Càncer: tumor cerebral, metàstasis cerebrals, síndrome paraneoplàsica.
- Infeccions: urinàries, respiratòries, SNC, sèpsies.
- Fàrmacs: opioides, corticoides, antibiòtics, psicotròpics, digoxina, antiarítmics, quimioteràpia, immunoteràpia.
- Síndrome d'abstinència: benzodiazepines, opioides, alcohol.
- Retenció aguda de orina o de femta (fecaloma o impactació fecal).
- Insuficiència d'òrgan: insuficiència hepàtica (encefalopatia hepàtica), insuficiència renal (encefalopatia urèmica), respiratòria (hipòxia, hipercàpnia).
- Trastorns hidroelectrolítics: deshidratació, hipoglucèmia, alteracions de sodi, potassi, calci.
- Trastorns neurològics: ictus, estat postcrític, estatus epilèptic no convulsiu.
- Altres: anèmia, dèficits nutricionals (hipoalbuminèmia), dèficits vitamínics (àcid fòlic, tiamina (B1), vitamina B12, radioteràpia).

Maneig i tractament

Tractament etiològic

Descartar i tractar causes tractables:

- Tumor cerebral/metàstasis cerebrals: valorar corticoides per edema cerebral (**Dexametasona** 4 mg/8h).
- Retenció aguda d'orina: sondatge vesical.
- Fecaloma o impactació fecal: extracció manual, ènemes rectals (Ènema Casen® 250 ml) o desimpactació fecal farmacològica (8 sobres al dia de Movicol® en 1L d'aigua a prendre en 6 hores, no més de 3 dies).
- Opioides: reduir dosis, rotació d'opioide, assegurar hidratació.
- Síndrome d'abstinència de benzodiazepines: administrar benzodiazepines.
- Infecció: antibiòtic.
- Insuficiència renal: hidratar, ajustar dosis de fàrmacs.
- Insuficiència hepàtica: ajustar dosis de fàrmacs, controlar restrenyiment (laxants/ènemes).

<p>Mesures generales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicació adequada del procés a la família (avisar de les fluctuacions, predomini nocturn, i prioritzar el confort). - Comunicació clara: frases curtes, contacte visual, evitar confrontacions. - Ambient tranquil i de confiança, rodejat per persones i objectes familiars. Llum tènue a la nit. - Mesures de reorientació: intentar contacte amb la realitat (rellotge, calendari, pròtesis auditives, ulleres). - Mantenir una bona hidratació, amb un patró intestinal adequat. - En cas de delírium evitar les benzodiazepines.
<p>Tractament farmacològic (RELE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Tolera via oral</u>: Quetiapina 25-50 mg cada 12-24 h (rescat de 25-50 mg, màxim 200 mg/dia) o Risperidona 0,25-1 mg/12-24 h (màxim 2-3 mg/24h, rescats de 0,5 mg). - <u>No tolera via oral</u>: Haloperidol sc 2,5 mg/8-12 h, rescats de 2,5 mg o Levomepromazina sc 12,5-25 mg/6-8 h, rescats de 12,5-25 mg. - <u>Crisi d'agitació greu</u>: Haloperidol 2,5-5mg sc o Levomepromazina 12,5-25mg sc +/- Midazolam 5-10mg sc (si no és efectiu l'antipsicòtic).
<p>Delírium en situació terminal (SUD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tractament exclusivament simptomàtic. - Descartar retenció aguda d'orina. - Valorar sedació pal·liativa continua: Levomepromazina 12,5-25 mg/6-8 h sc (pauta fixa) +/- Midazolam 5-10 mg/4-6 h sc segons grau d'agitació.
<p>Delírium refractari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valorar sedació pal·liativa continua (pauta fixa de Levomepromazina +/- Midazolam sc).

Dispnea

Etiologia múltiple

- **Causes pulmonars:** càncer de pulmó, metàstasis pulmonars, compressió tumoral de vies aèries, asma, EPOC, pneumònies, pneumotòrax, vessament pleural, fibrosi pulmonar, pneumonitis per quimioteràpia o immunoteràpia, etc.
- **Causes extrapulmonars:** insuficiència cardíaca, TEP, anèmia, limfangitis carcinomatosa, metàstasis hepàtiques, ascites, ansietat, etc.

Maneig i tractament

Tractament etiològic	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiència cardíaca i ascites: diürètics - Anèmia: transfusió - TEP: anticoagulació - Pneumònia: antibiòtics - Asma-EPOC: broncodilatadors (pautats juntament amb el dispositiu més adequat en cada cas), corticoïdes - Ansietat: Benzodiazepines - Vessament pleural: drenatge
Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicació adequada: explicar la causa del símptoma, facilitar la informació per tal que expressin les seves pors o dubtes. - Exercicis de fisioteràpia respiratòria i de relaxació: respiració diafragmàtica, espiració amb llavis semiclosats. - Oxigenoteràpia: indicada si SatO₂ <92% i en no hiperèmia si el pacient percep millora. Es recomanen ulleres nasals per la seva comoditat. - Circulació de l'aire: promoure la circulació de l'aire de l'estància, ventiladors o ventalls (font d'aire fresc a la cara). - Ambient relaxat i tranquil. - Mesures posturals: elevar la capçalera del llit, seure o semiseure.
Tractament simptomàtic (RELE)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Opioides:</u> Morfina oral d'alliberació ràpida 2,5-5mg/4-6h (Sevredol®), d'alliberació retardada 10-15mg/12h (MST®) o Morfina sc 2,5-5mg/4-6h, Fentanil pegats 12mcgr/72h i rescats Fentanil sl. - <u>Benzodiazepines:</u> associar-les a opioides, no en solitari. Si ansietat: Lorazepam 0,5-1mg cada 6-8h vo o sl, Midazolam 2,5-5mg cada 4-6h sc. - <u>Corticoïdes:</u> en obstrucció de via aèria, broncospasme, limfangitis carcinomatosa, pneumonitis, sd vena cava superior. Dexametasona 8-16mg/24h vo o sc, o Prednisona 40-60mg/24h.
Dispnea severa	En cas de crisi: Morfina 5mg + Midazolam 5mg sc (H).
Refractària	En cas de dispnea refractària valorar sedació pal·liativa

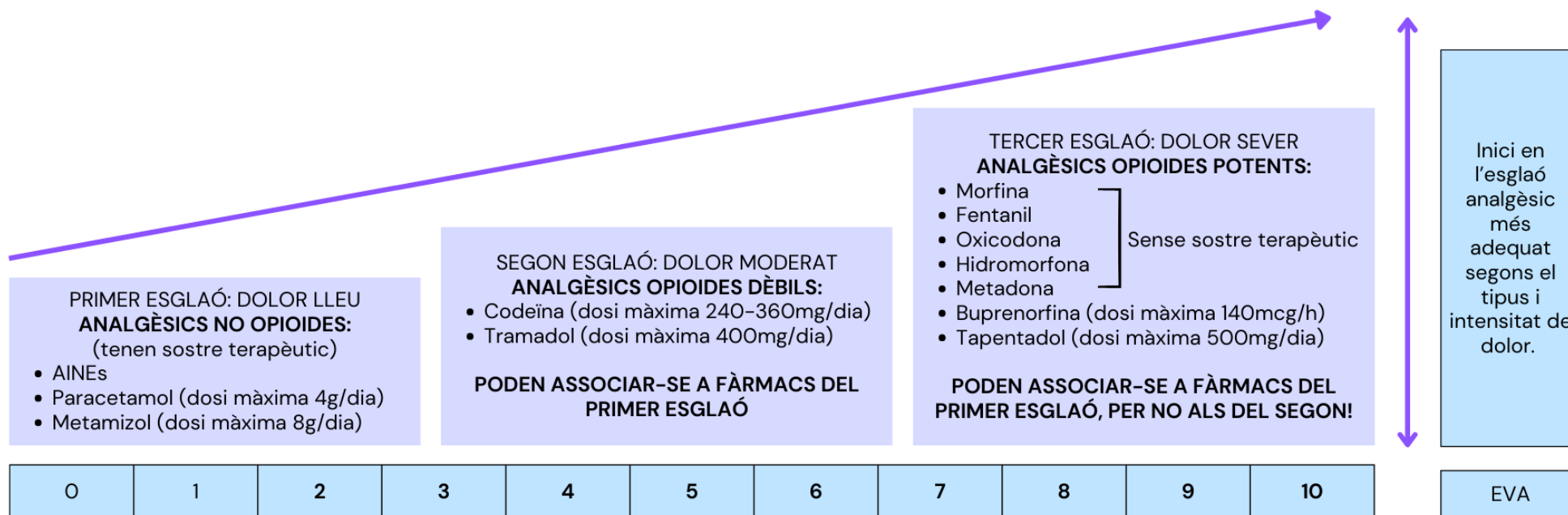
Dolor

10 punts clau

- 1. Avaluació detallada del dolor:** causes, inici, tipus, duració, intensitat, factors desencadenants o d'alleugeriment, patrons temporals i repercussions en l'activitat diària, eficàcia davant de tractaments previs amb fàrmacs analgèsics, antiinflamatoris, anticonvulsius, etc.
- 2. Monitorització:** resposta analgèsica i aparició d'efectes secundaris. Cal explicar la seva possible aparició al pacient i a la família, sobretot en opioides:
 - Síntomes: vòmits, mareig, somnolència, restrenyiment, delírium, prurit i sudoració.
 - Estratègies: inici amb dosis baixes, reduir dosis, mesures preventives o tractament del símptoma, canvi d'opioide, canvi de la via d'administració.
- 3. Escala analgèsica (OMS):** inici a l'esglaó adequat segons el tipus i intensitat de dolor i en cas de dolor moderat-sever donar opioides ometent el 1er esglaó.
- 4. Evitar l'administració conjunta d'opioïdes potents i dèbils.**
- 5. Associacions:** el 1er esglaó es pot associar amb el 2on i el 3er esglaó, i els tractaments coadjuvants es poden associar a qualsevol esglaó.
- 6. Donar prioritat a la via oral i administrar en horaris regulars:** si pèrdua de la veu valorar via transdèrmica, transmucosa o subcutània.
- 7. Sempre pautar una dosi basal i dosi de rescat** (per crisis de dolor irruptiu o exacerbació).
- 8. Tractament adequat del dolor irruptiu o exacerbació:** les dosis de rescat generalment són 1/6 de la dosi total diària.
- 9. Ajustar tractament segons l'evolució del dolor i els rescats utilitzats:** Si es fan servir més de 3-4 rescats al dia valorar una de les següents opcions:
 - Augmentar la dosi de base: sumar dosi basal + rescats diaris i ajustar la dosi total.
 - Augmentar un 1/3 o 1/2 de la dosi de base.En qualsevol cas, hem d'instruir sobre les pautes a seguir en cas de dolor irruptiu, resposta analgèsica insuficient o aparició d'efectes secundaris
- 10. Mesures preventives davant possibles efectes secundaris:**
 - AINEs: valorar gastroprotecció.
 - Opioides: si restrenyiment valorar iniciar Lactulosa (Duphalac®) o Macrogol (Movicol®) 1 sobre/dia. Si vòmits valorar iniciar haloperidol gotes 3-3-5 o metoclopramida 10mg/8h per 3-5 dies.

Escala analgèsica

ESCALA TERAPÈUTICA /ASCENSOR TERAPÈUTIC



La base del control del dolor (i de qualsevol símptoma) ha de ser la **comunicació**, el **suport emocional** i l'**atenció** al pacient i a la seva família.

Valorarem afegir **coadjuvants** en qualsevol esglai, segons la situació clínica i la causa del dolor: antiepilèptics, antidepressius, corticoides, ansiolítics, relaxants musculars, etc.

Coadjuvants

<p>Corticoides (d'elecció Dexametasona al matí, 2-16mg/dia) RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Astènia/anorèxia: 4-8 mg/dia vo, sc. - Compressió medul·lar: 16-32 mg/dia vo, sc, ev. - Hipertensió intracranial: 8-16 mg/dia vo, sc, ev. - Compressió nerviosa, inflamació d'òrgan sòlid (hepatomegàlia), tumors de cap i coll, obstrucció intestinal, broncospasme: 4-8 mg/dia vo sc. - Sd vena cava superior: 4-8 mg/6-8h vo, sc, ev. - Metàstasis òssies: 4-8 mg/dia vo, sc.
<p>Relaxants musculars RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baclofèn → dolor neuropàtic lancinant o paroxístic, espasticitat muscular en malalties neurològiques: inici amb 5 mg/8-12h, increments de 5 mg cada 3 dies, fins a 10-25 mg/8 h vo. Té efecte anticolinèrgic (boca seca, restrenyiment, etc). - Diazepam → dolor crònic i ansietat (5 mg/nit vo), espasmes musculars 2,5 mg/8h vo i ajustar dosi segons resposta. - Tizanidina → espasticitat muscular: inici amb 2 mg/8h vo, increments progressius als 3-7 dies, dosi màxima 36 mg/dia. - Metocarbamol → espasticitat muscular d'origen traumàtic o radiculopatia, no efectiu en lesions del SNC: 4 gr/6h vo en 3-4 preses. Té efecte anticolinèrgic (boca seca, restrenyiment, etc).
<p>Antidepressius RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina → dolor neuropàtic: inici 10-25 mg/nit, increments graduals (10-25 mg cada 3-7 dies), dosi màxima 150 mg/dia. Té efecte anticolinèrgic (boca seca, restrenyiment, etc). En cas de no millora al cap de 8 setmanes, valorar suspendre o substituir. - Duloxetina → dolor neuropàtic, depressió, fogots secundaris a castració: inici amb 30 mg/nit, increments de 30 mg cada 7 dies (dosi habitual: 60-120mg i dosi màxima: 120 mg/dia (60 mg/12h). Si no millora al cap de 8 setmanes suspendre o substituir. Risc d'hepatopatia i hiperglucèmia. - Venlafaxina → igual que Duloxetina: inici 37,5mg 1-2 vegades al dia, increments de 37,5-75 mg cada 7 dies (dosi eficaç: 150-225 mg/dia i dosi màxima 225 mg/dia. Risc d'augment de la FC i la TA, aparició d'arrítmies i hipercolesterolèmia. - ISRS → dolor neuropàtic, depressió, fogots en tractament hormonal per càncer de mama, prurit en càncer avançat: Paroxetina (inici 10-20 mg/dia, fins a 50 mg/dia, en ancians dosi màxima de 40 mg/dia), Escitalopram (inici 5-10 mg/dia, fins a 20 mg/dia excepte en >65 anys en els que la dosi màxima és de 10 mg/dia). - Trazodona → depressió associada a insomni: 50-100 mg/nit. - Mirtazapina → valorar en pacients oncològics pel seu efecte sedant, hipnòtic, antiemètic, antipruriginós, millora l'anorèxia i l'augment de pes, i per les seves poques interaccions. Dosi habitual: 15-30mg/dia.
<p>Antiepilèptics RELE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carbamazepina → es desaconsella en pacients oncològics per potencial risc de mielosupressió i leucopènia - D'elecció en dolor neuropàtic, tot i que el seu efecte analgèsic pot requerir 4 setmanes: <ul style="list-style-type: none"> o Gabapentina → inici 100-300 mg de 1-3 vegades al dia, increments de 100 a 300 mg cada 3-7 dies en 3 preses, dosi habitual: 1200-2400 mg/dia, dosi màxima 3600 mg/dia. o Pregabalina → inici 25-75 mg/dia monodosi, increments de 75 mg/dia cada 3-7 dies en 2 preses, dosi habituals: 150-600 mg/dia, dosi màxima 600 mg (300 mg/12h).

Rotació d'opioides

<p>Concepte</p>	<p>Es la substitució d'un opioide potent prèviament prescrit per un opioide potent alternatiu o canvi de via d'administració amb l'objectiu d'obtenir una millor resposta analgèsica i/o reduir una toxicitat inacceptable.</p>
<p>Indicacions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efectes adversos o toxicitat secundària a opioides: neurotoxicitat (delírium, al·lucinacions, somnolència), toxicitat digestiva (vòmits, restrenyiment). - Mal control del dolor. - Al·lèrgia a opioides: és molt rara. - Intolerància a la via d'administració. - Altres: econòmics, desig d'altres opioides o d'una altra via d'administració, etc.
<p>Com realitzar la rotació o canvi d'opioide?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Càlcul de la dosi total diària de l'opioide inicial. - Escollir el nou opioide o la nova via d'administració. - Càlcul de la dosi equivalent de morfina oral diària del nou opioide (veure taula d'equivalències). - Reduir la dosi un 25-50 %, excepte si es canvia la via d'administració amb el mateix opioide, el dolor és sever o si la rotació és a fentanil en pegats. - Calcular dosi de rescat: com a regla general és un 1/6 de la dosi total diària. - Pautar dosi de base i dosis de rescats. - Ajustar la dosi: sumar dosi basal més rescats diaris o bé augmentar el tractament de base un 30-50 %. - Monitorització del pacient per valorar l'eficàcia analgèsica i l'aparició d'efectes secundaris.

Ejemplos de rotación de opioides

Exemple 1 – Inici d'opioide

María, dona de 76 anys. Antecedents: EPOC. DM2. Artrosi. Neoplàsia Pulmó amb metàstasis òssee (L3). Tractament habitual pel dolor: nolotil 575mg/hores altern amb paracetamol 1g. Situació basal: IABVD. Barthel 90. Vida activa. Fa 2 dies caiguda des de la seva pròpia alçada amb fractura vertebral. Dolor amb intensitat basal EVA 7/10 a la zona lumbar dreta que s'intensifica amb els moviments fins a EVA 9/10. El seu tractament habitual pel dolor no li és efectiu.

Opció 1) S'inicia tractament amb morfina. Dosi inicial 5-10mg, únicament de rescat per titular dosis posteriorment. Es pot prendre cada 4 hores si precisa pel dolor. Pastilles de *Sevredol 10mg* o xarop *5ml oramorph (2mg/ml)*. Preferible si és dolor puntual.

Opció 2) S'inicia tractament amb fentanil. Dosi inicial pegat fentanil 12 micrograms. Rescat de fentanil sl 100 mcg. Preferible si MRC, pèrdua de via oral pròxima o difícil adherència terapèutica.

És important explicar la possibilitat d'aparició de nàusees (10mg de *metoclopramida* si precisa) i l'aparició probable de restrenyiment (iniciar laxant, *Duphalac*).

Monitorització de la pacient per valorar l'eficàcia analgèsica als 2-3 dies. Ajustament posterior de dosis segons dolor: sumar dosis basal més rescats diaris o bé augmentar el tractament de base un 30-50 %.

Opció 1) Prendre 6 rescats diaris i dolor controlat → morfina 10mgx6 = 60mg morfina diari --> MST (morfina lenta) 30 mg 1-0-1. Rescats 10mg sevredol.

Opció 2) Prendre 6 rescats de fentanil 100 (més de 4-5 és dolor mal controlat). Augmentem el pegat a 25 micrograms i mantenim dosi de 100 fentanil.

El rescat és 1/6 de la dosi total diària (DTD). $DTD = 25 \times 24h = 600$ micrograms dia. 1/6 de 600 són 100 micrograms fentanil.

Exemple 2 – Rotació d'un opioide major a un altre opioide major

Veiem a la Marí 3 mesos més tard amb els resultats d'una analítica de control. Tractament actual pel dolor: MST 40mg/12 hores i rescats de 15mg de sevredol puntual. Ens indica dolor basal controlat (EVA 2/10) i utilitza entre 0-2 rescats diaris. En l'analítica s'evidencia una caiguda de la funció renal.

1) Càlcul de la dosi total diària de l'opioide inicial: *40mg morfina MST/12h + 1 rescat diari de sevredol 15mg. Dosi total morfina= 40+40+15 = 95mg morfina total diària.*

2) Escollir el nou opioide o la nova via d'administració → Degut a la caiguda de la funció renal es decideix canviar a fentanil transdèrmic. Sempre és important informar a la família del canvi i dels possibles desajustaments (infradosificació temporal i efectes adversos).

3) Càlcul de la dosi equivalent de morfina oral diària del nou opioide (veure taula d'equivalències).

Morfina 1 mg = fentanil 10 µg.

Morfina 90mg = X X= 90x10= 900 micrograms/24h = 37,5 mcg/h de fentanil

4) Reduir la dosi un 25-50 %, excepte si es canvia la via d'administració amb el mateix opioide, el dolor és sever o si la rotació és a fentanil en pegats.

Com que la Marí actualment està sense dolor, es pot baixar la dosi entre un 25-50% (li baixarem un 33%) → 1/3 de 37,5 és 12,5. 37,5- 12,5 = 25 micrograms/hora de fentanil

5) Calcular dosi de rescat: com a regla general és un 1/6 de la dosi total diària. 25mcg/h = 600mcg/24 hores → dosi de rescat de 100mcg de fentanil.

6) Pautar dosi de base i dosis de rescats: *Pegat de fentanil de 25 micrograms/3 dies i rescats de fentanil sublingual (Abstral/ effentora) de 100 mcg*

Exemple 3 – Rotació d'un opioide major per pèrdua de via oral

Veiem a la Maríia 6 mesos més tard amb episodis d'ennuegament i deteriorament progressiu de l'estat general les últimes 2 setmanes. Tractament actual pel dolor: Pegat de fentanil de 50mcg/3 dies i rescats de fentanil sl de 200mcg. Ens indica dolor basal controlat (EVA 2/10) i fa servir 3 rescats diaris aproximadament. Situació basal: DABVD. Barthel 45. Vida llit-sofà.

1) Càlcul de la dosi total diària de l'opioide inicial: $50 \text{ mcg/hora} \rightarrow 1200 \text{ mcrg}/24\text{h}$. *Dosi total de manteniment + rescats = 1200+200+200+200 = 1800 mcg total diari fentanil.*

2) Escollir el nou opioide o la nova via d'administració → Es mantenen el pegat de fentanil de 50mcg i passem el fentanil sublingual a fentanil intranasal (pecfent) o a morfina subcutània.

3) Càlcul de la dosi equivalent de morfina oral diària del nou opioide (veure taula d'equivalències).

Morfina oral 1 mg = fentanil 10 µg.

$X \rightarrow 1800 \text{ mcg}$

$X = 1800/10 = 180 \text{ mg de morfina diària oral}$

Vo: Vsc (2:1) → 90mg de morfina subcutània de dosi total diària.

Rescats són 1/6 de la dosi total → 90mg/6 = 15mg de morfina subcutània. Serien els rescats equivalents.

4) Reduir la dosi un 25-50 %, excepte si es canvia la via d'administració amb el mateix opioide, el dolor és sever o si la rotació és a fentanil en pegats.

La Maríia està entrant en SUD, és a dir, previsiblement podria empitjorar el dolor, per això es decideix no disminuir dosi al realitzar la rotació.

5) Calcular dosi de rescat: com a regla general és un 1/6 de la dosi total diària. $90 \text{ mg}/6 = 15 \text{ mg de morfina subcutània}$.

6) Pautar dosi de base i dosis de rescats:

Opció 1: pegat de fentanil de 50 mcg i rescats de pecfent 200 mcg (2 puff, un a cada fossa nasal).

Opció 2: pegat de fentanil 50 mcg i rescates de morfina subcutània 15mg si precisa.

Monitorització del pacient per valorar l'eficàcia analgèsica i l'aparició d'efectes secundaris. Per això s'ha de realitzar una cita de control al dia següent.

Ajustament posterior de dosi segons dolor: sumar dosis basal més rescats diaris o bé augmentar el tractament de base 1/3.

Taula d'equivalència d'opioides

<u>Morfina oral</u>	<u>Morfina oral 1mg</u>	<u>Altres equivalències</u>
<ul style="list-style-type: none"> · Oral a subcutània → 2:1 (dividir per dos) · Oral a endovenosa → 3:1 (dividir per tres) 	<ul style="list-style-type: none"> · Codeïna oral 10mg → 1:10 (multiplicar per 10) · Tramadol oral 5mg → 1:5 (multiplicar per 5) · Tapentadol oral 3mg → 1:3 (multiplicar per 3) · Oxycodona oral 0,5 mg → 2:1 (dividir per 2) · Hidromorfona oral 0,2 mg → 5:1 (dividir per 5) · Fentanil sublingual 10 mcg → 1:10 (multiplicar per 10) · Fentanil transdèrmic → 2,5:1 (dividir per 2,5) 	<p>Sense canvis en la conversió:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oxycodona oral a Fentanil transdèrmic. · Oxycodona oral a morfina sc. <p>Canvi de morfina a metadona:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Dosi de morfina de 30 a 90 mg/dia: conversió de 4:1. · Dosi de morfina de 91 a 300 mg/dia: conversió de 8:1. · Dosis majors de morfina: conversió de 12:1.

TAULA D'EQUIVALÈNCIES D'OPIOIDES MAJORS						
DOSI TOTAL DIÀRIA			DOSI DE RESCATE (si precisa)			
Morfina via oral mg/24h (RELE)	Fentanil pegat mcg/h cada 72h (RELE)	Oxicodona via oral mg/24h (RELE)	Rescat morfina via oral (RELE)	Rescat morfina subcutània (RELE)	Rescat Oxicodona via oral (RELE)	Rescat fentanil transmucós (RELE)
<p>1-MST continuus® (cada 12h): 5, 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg.</p> <p>2-Morfina alliberació ràpida (cada 4h):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimits: Sevredol® 10, 20mg. • Solució: Oramorph® 2 mg/ml, Oramorph® 20 mg/ml 	<p>Pegats de fentanil 12, 25, 50, 75 i 100</p>	<p>1-Oxicodona alliberació prolongada (cada 12h): 5, 10, 20, 40 i 80 mg.</p> <p>2-Associat a naloxona (cada 12h): 5/2,5, 10/5, 20/10, 30/15,40/20 (Dosi màxima 80/40 cada 12h).</p> <p>3-Oxicodona d'alliberació ràpida (cada 4h):</p> <ul style="list-style-type: none"> • cps de 5,10 i 20 mg. • Solució de 10 mg/ml 	<p>Morfina d'alliberació ràpida:</p> <p>1-Comprimits: Sevredol® 10 i 20 mg. Es poden partir.</p> <p>2-Solució: Oramorph® 2 mg/ml. Oramorph® 20 mg/ml: 4 gotes (5mg), 8 gotes (10mg), 16 gotes (20 mg).</p>	<p>1-Morfina 1%: amp 10 mg/ml</p> <p>2-Morfina 2%: amp 1ml 20 mg/ml, amp 2ml 20 mg/m</p>	<p>Oxicodona d'alliberació ràpida: cps de 5,10 i 20 mg. Solució de 10 mg/ml</p>	<p>Múltiples presentacions. Per facilitar d'ús s'aconsella:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprimit sublingual: 100, 200, 300, 400, 600, 800 mcg • Nasal: 100 i 400 mcg
30	Pegat de 12	15	5	2.5	2.5	100
60	Pegat de 25	30	10	5	5	100
90	Pegat de 25+12	45	15	7.5	7.5	100
120	Pegat de 50	60	20	10	10	200
180	Pegat de 75	90	30	15	15	300
240	Pegat de 100	120	40	20	20	400

Restrenyiment

Etiologia múltiple i multifactorial

- **Generals:** ingesta escassa de fibra i líquids, mobilitat reduïda, deshidratació, confusió, sedació, entorn inadequat o falta de privacitat, etc.
- **Fàrmacs:** opioides, anticolinèrgics, antiàcids (compostos de calci i alumini), ferro, calci, diürètics, antiepilèptics, antihipertensius (betabloquejants i calciantagonistes), neurolèptics, vincristina. Valorar suspendre aquests tractaments en cas de restrenyiment.
- **Neurològiques:** tumor cerebral, compressió medul·lar, paraplegia, alteracions sistema nerviós simpàtic i parasimpàtic, infiltració de nervis sacres, lesió en medul·la espinal lumbosacra, cua de cavall o plexe pelvià.
- **Metabòliques:** hipotiroïdisme, hipercalcèmia, hipopotassèmia, urèmia.
- **Directes:** obstrucció intestinal, masses pelvianes, radioteràpia (fibrosi), síndromes doloroses anorrectals (fissures, hemorroides, abscessos, etc).

Maneig i tractament

Mesures generals

- Dieta rica en fibra i líquids (**la fibra està desaconsellada en pacients pal·liatius avançats**).
- Exercici o mobilització adaptades al pacient.
- Millorar hàbits de defecació: privacitat, comoditat, postura.
- Prescriure laxants quan comencem amb opioides.
- Si tractament amb opioides: valorar reducció de dosi, retirada o canvi d'opioide, ús de naloxona associada a oxicodona o fentanil en pegats.
- Tractar causes reversibles: descartar i tractar impactació fecal (fecaloma) o obstrucció intestinal.

Tractament farmacològic	1ra línia	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Formadors de massa o bolus</u> (metilcel·lulosa, salvat, plantago ovata): No recomanats en cures pal·liatives. · <u>Osmòtics</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Lactulosa (Duphalac®): 15 ml/12 h o 1-2 sobres (10-20 gr)/dia. En encefalopatia hepàtica fins a 9 sobres/dia. RELE VISAT. - Lactitol (Oponaf®, Emportal®): 1-2 sobres/dia. RELE VISAT - Polietilglicoles: macrogol 4000 (Casenlax® indicat en HTA, malaltia CV, MRC, Hepatopatia crònica i DM) 1-2 sobres/dia, NOFIN; macrogol 3350 (Movicol®, Molaxole®) 1-3 sobres/dia. - Sals de magnesi: (Magnesia Cinfa®): hidròxid de Mg 15-30 ml/12 h. Evitar en MRC. NOFIN · <u>Estimulants</u>: <ul style="list-style-type: none"> - Bisacodil (Dulcolaxo): 5 mg 1-2 comp/nit. NOFIN - Senòsids (Bekunis®). NOFIN - Picosulfat sòdic (Evacuol®). NOFIN · <u>Lubricants</u>: parafina 5-15 ml/12h (Hodernal®). NOFIN
	2na línia	<p>Si el pacient no millora amb els tractaments orals, valorarem afegir un fàrmac de segona línia:</p> <ul style="list-style-type: none"> · <u>Supositoris</u>: glicerina o bisacodil. NOFIN · <u>Ènemes rectals</u>: citrat sòdic (Micalax®), fosfats (Enema Casen® 250 ml). NOFIN · <u>Si ús d'opioides</u>: valorar antagonistes de receptors perifèrics: Naloxegol 12,5-25 mg/24 h (Moventig®) o Nadelmedina 200 mcgr/24 h (Rizmoic®). RELE VISAT <ul style="list-style-type: none"> - <u>Si impactació fecal</u>: <ul style="list-style-type: none"> • Extracció manual o ènemes rectals (Enema Casen® 250 ml). NOFIN • Desimpactació fecal farmacològica (8 sobres al dia de Movicol® en un litre d'aigua a prendre en 6 hores, no més de 3 dies). NOFIN - <u>En restrenyiments pertinaces</u>: combinar laxants de mecanisme d'acció diferent: osmòtic +/- estimulant +/- lubricant, i valorar afegir agents procinètics (metoclopramida, domperidona).

Hemoptisi

Etiologia múltiple i multifactorial

- **Relacionades amb patologia tumoral:** càncer de pulmó, carcinoma broncogènic, metàstasis endobronquials.
- **No relacionades amb patologia tumoral:** alteracions de la coagulació, tromboembòlia pulmonar, lesió en l'arbre respiratori de causa inflamatòria (EPOC, bronquièctasi, pneumònia), fístules, cos estrany i estenosi mitral.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Repòs en decúbit lateral del costat sagnant. - Ús de tovalloles de color fosc. - Deprescripció d'anticoagulants i antiagregants (valorar escales de risc de sagnat segons etiologia)
Tractament farmacològic	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Antitussígens:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Dextrometorfà: 15-30 mg/6-8 h (dosi màxima: 120 mg/dia), RELE VISAT. Pot combinar-se amb altres opioides (Codeïna o Morfina) i pot mostrar un efecte sinèrgic al tractament amb opioides. • Codeïna: 30-60 mg/4-6 h (dosi màxima: 360 mg/dia). RELE VISAT. • Morfina: morfina alliberació retardada (MST®) 5-10 mg/12 h o morfina ràpida 5-20 mg/4h (d'elecció en cas de dolor o dispnea associada a la tos). - <u>Àcid tranexàmic (Amchafibrin®):</u> 500 – 1000 mg/8-12h. RELE

Insomni

Etiologia múltiple i multifactorial

- Relacionades amb l'ambient: exposició a estímuls externs.
- Control deficient de símptomes: dolor, dispnea, tos, vòmits, ansietat, nictúria, prurit.
- Problemes emocionals: ansietat, depressió, trastorns adaptatius, por a la mort o a "adormir-se definitivament".
- Fàrmacs i substàncies estimulants: corticoides (prednisona), antidepressius (bupropiòn, fluoxetina i venlafaxina), diürètics, alfa-adrenèrgics, teofil·lina, beta-bloquejants, metilfenidat, cafeïna, etc.
- Malalties amb alta prevalença d'insomni: càncer, Parkinson, insuficiència cardíaca, EPOC.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Control d'estímuls (evitar sorolls, excés de llum, etc.) i de l'horari del son (horari regular, evitar migdiades). - Higiene del son: tècniques de relaxació. - Evitar estimulants (inclosos els fàrmacs). - Tractament dels símptomes nocturns: dolor, tos, ansietat, prurit, etc.
Tractament farmacològic RELE (excepto Midazolam H)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Insomni de conciliació</u>: Zolpidem 5-10 mg/dia, dosi màxima 10 mg/24h (evitar en delírium), Lorazepam 0,5-2 mg/dia, dosi màxima 10mg/24h, Lormetazepam 1-2 mg/dia, dosis màxima 4 mg/24h. - <u>Insomni de manteniment</u>: Lorazepam 1-5 mg/dia, Diazepam 5-10 mg/dia, máximo 50mg/24h (no recomanable en pacients molt fràgils). - <u>Insomni + depressió</u> (sol fer despertar precoç): Trazodona 50-150 mg/dia, dosi màxima 400mg/24h, Mirtazapina 15-30 mg/dia, dosi màxima 45 mg/24h, Amitriprilina 10-25 mg/dia, dosi màxima 150 mg/24h (útil en dolor neuropàtic: 25-100 mg/dia). - <u>Insomni + ansietat</u>: Alprazolam 0,25-2 mg/dia, dosi màxima 4 mg/dia, Diazepam 5-10 mg/dia, Tranxilium® 5-15 mg/dia, Clorazepato potàssico (Tranxilium®) 5-15 mg/dia, dosi màxima 30 mg/dia. - <u>Insomni + delírium</u>: Haloperidol 0,5-5 mg/nit (màxim 15 mg/dia), Risperidona 0,5-2 mg, dosis màxima 10 mg/24h, Olanzapina 5-10 mg/dia, dosi màxima 10 mg/24h, Quetiapina 25 mg/dia, dosi màxima 250 mg/24h. El delírium pot empitjorar amb BZD o Zolpidem. - <u>Insomni + deteriorament cognitiu</u>: Trazodona 50-100 mg/nit (dosi màxima 600 mg/dia), Haloperidol 0,5-5 mg/nit (màxim 15 mg/dia), Risperidona 0,5-2 mg. - Si BZD estan poc indicades o contraindicades (ancians, insuficiència respiratòria greu, insuficiència hepàtica): Clometiazol 192-384 mg/nit. - En fases avançades amb insomni resistent a tractament oral o pèrdua de via oral: Midazolam sc 2,5-5 mg, repetible si és precís cada 2-4h.

Prurit

Etiologia múltiple

- Sequedat cutània, urèmia (MRC), colèstasis.
- Fàrmacs: opioides, fenotiazines, antibiòtics, estatines, sulfoniurees, al·lopurinol. Valorar deprescriure'ls en cas de prurit.
- Tumors: hematològics (limfomes, policitemia vera) o sòlids (prurit paraneoplàsic).
- Altres: síndrome carcinoide, alteracions tiroïdals (hipo i hipertiroïdisme) o hepàtiques (cirrosi biliar primària, hepatitis), secundari a quimioteràpia, radioteràpia, urticària, sarna, MRC, etc.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Cures generals de la pell amb sabons suaus i cremes hidratants o emol·lients (amb urea al 5- 10 % o àcid làctic) 2-3 vegades al dia. - Evitar l'exposició directa a fonts de calor i la sudoració. Ambient fresc i humit. - Ús de roba ampla, canvi freqüent de roba i ús de guants de cotó per evitar lesions per rascat (en els casos molt rebels). - Tallat meticulós de les ungles.
Tractament farmacològic (segons etiologia) RELE	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Localitzat en àrees petites</u>: Gel de lidocaïna al 2-2,5% (RELE FM), loció de Calamina (NOFIN), corticoides tòpics (en àrees inflamades). - <u>Generalitzat</u>: Hidroxizina 25 mg/8h (màxim 100 mg/24h), Dexclorfeniramina 2-6 mg/8h (dosi màxima 12mg/24h). Els antihistamínic són útils només en prurit mediat per histamina o pel seu efecte sedant. Clorpromazina 25-50 mg/12h (dosi màxima 300 mg/24h). - <u>Colèstasis</u>: Colestiramina 4 gr/8h (mala tolerància gastrointestinal i ineficaç si existeix una obstrucció biliar completa) dosis màxima 16 gr/día, Rifampicina 150- 600 mg/dia, Naltrexona 50 mg/dia, dosis màxima 150 mg/día (en cas de fer servir tractament opioide, pot revertir l'analgèsia i desencadenar sd de abstinència), Paroxetina 20 mg/dia, Sertralina 50-100 mg/dia, Mirtazapina 7,5-15 mg/nit. - <u>Urèmia o prurit per insuficiència renal</u>: Loratadina 10 mg/dia (dosi màxima 10 mg/día), Sertralina 25-100 mg/dia (dosi màxima 200 mg/dia), Paroxetina 5-10 mg/nit (dosi màxima 50 mg/dia), Mirtazapina 7,5-30 mg/dia (dosi màxima 45 mg/dia), Gabapentina 100-300 mg/dia, Pregabalina 75 mg/dia, Ondansetrón 4- 8 mg/12-24h (dosi màxima 24 mg/dia). - <u>Neoplàsies hematològiques o sd paraneoplàsics</u>: Paroxetina 20 mg/dia, Mirtazapina 15-30 mg/dia, Gabapentina 300-3600 mg/dia, Pregabalina 75-600 mg/dia, Gabapentina + mirtazapina. - <u>Opioides</u>: Rotació, Ondansetrón 4-8 mg/8 h, Paroxetina 20 mg/dia. - <u>Associat a VIH</u>: Indometacina 25 mg/8-12h (dosi màxima 200 mg/dia). - <u>Idiopàtic</u>: Mirtazapina 7,5-30 mg/dia, Sertralina 50-100 mg/dia, Paroxetina 10-20 mg/dia, Gabapentina 100-300 mg/dia.

Tos

Etiologia múltiple i multifactorial

- **Relacionades amb patologia tumoral:** massa tumoral, metàstasis, vessament pleural, vessament pericardíac, limfangitis carcinomatosa, complicacions de quimioteràpia o radioteràpia (pneumonitis, fibrosi), fistula traqueoesofàgica, sd vena cava superior, atelèctasis, afectació de vies aèries, irritació diafragmàtica o pleural, aspiració broncopulmonar, adenopaties mediastíniques.
- **No relacionades amb patologia tumoral:** reflux gastroesofàgic, insuficiència cardíaca, infecció respiratòria, goteig postnasal, TEP, EPOC, asma, bronquièctasis, tabaquisme, fàrmacs com ara IECAS (en tal cas, valorar-ne la deprescripció).

Maneig i tractament

Tractament etiològic	Tractar causes tractables.
Tractament simptomàtic	<p>Tractament farmacològic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dextrometorfà: 15-30 mg/6-8 h (dosi màxima: 120 mg/dia), RELE VISAT. Pot combinar-se amb altres opioides (Codeïna o Morfina) i pot mostrar un efecte sinèrgic al tractament amb opioides. - Codeïna: 30-60 mg/4-6 h (dosi màxima: 360 mg/dia). RELE VISAT. - Morfina: morfina d'alliberació retardada (MST®) 5-10 mg/12 h o morfina ràpida 5-20 mg/4h (d'elecció en cas de dolor o dispnea associada a tos).

Úlceres amb enfocament pal·liatiu

Úlceres tumorals

Neteja i rentat

Maneig i recomanacions	Apòsits/gels
<ul style="list-style-type: none"> - Neteja amb cura. - Irrigar amb sèrum salí fisiològic a temperatura ambient i amb la pressió que exerceix una xeringa de 20 ml, mai de forma mecànica (evitar la fricció mecànica de la ferida). - Eixugar bé la pell perilesional i deixar el llit de la ferida humit. - No es recomana desbridament quirúrgic o tallant, per la friabilitat del teixit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirada suau dels apòsits. - Amb freqüència és necessari humitejar-los prèviament.

Dolor

Maneig i recomanacions	Apòsits/gels
<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar o reduir factors causals: fricció, pressió, traumatismes dels apòsits que s'enganxen, freqüència en els canvis d'apòsit. - Si el dolor es produeix amb els canvis d'apòsit: utilitzar apòsits atraumàtics, confortables i antiadherents, cura en ambient humit, minimitzar el número de canvis d'apòsit i administrar analgèsics 20 minuts abans de fer la cura. - Si les cures són molt doloroses, valorar analgèsia amb sedació transitòria (midazolam i/o morfina sc) prèvia a la cura. - Utilitzar fàrmacs analgèsics segons l'escala analgèsica de la OMS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gels tòpics analgèsics: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lidocaïna i prilocaïna tòpica</u> (EMLA) al 5% envoltada en una capa de plàstic 30-45 min abans de la cura. Calma també el prurit. RELE. • <u>Gel de morfina</u> pel maneig del dolor local. - Per prevenir el dolor de maceració de la zona perilesional, protegir la pell circumdant amb una pel·lícula barrera (<u>Cavilón TM</u>). RELE FM • <u>Gel de lidocaïna</u>. RELE FM

Mala olor

Maneig i recomanacions	Apòsits/gels
<ul style="list-style-type: none"> - Valoració del grau → Grau 0 (sense olor), Grau I (olor percebut només en descobrir la ferida), Grau II (olor percebut tot i no descobrir la ferida), Grau III (olor fètid i nauseabund). - Maneig de l'olor ambiental: perfums, olis de menta, absorbents d'olors externs (cafè amb canyella). 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Apòsits de carbó activat</u> (Actisorb plus 25®) +/- <u>apòsits de plata</u> (MepilexAg®). - <u>Metronidazol</u>: gel tòpic 0,75 % i/u oral (500mg triturats) directament en ferida per 7 dies. - <u>Espumes poliuretà</u> (Mepilex border®, Allevyn®). - Si l'olor és molt intens, impregnar la <u>hidrofibra de plata</u> (Aquacel Ag®) amb <u>metronidazol</u>.

Exsudat	
Maneig i recomanacions	Apòsits/gels
<ul style="list-style-type: none"> - Neteja de la ferida amb la freqüència necessària. - Evitar ús de gases com a apòsit directe. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Espumes de poliuretà</u>: Mepilex®, Allevyn®. - Si precisa més absorció, afegir pegats absorbents d'<u>alginat o hidrofibra</u> (AlgisiteM®, Aquacel®). Tallar l'apòsit a la mida de la ferida per evitar lesionar la pell perilesional. RELE
Sagnat	
Maneig i recomanacions	Apòsits/gels
<p>El millor tractament és la PREVENCIÓ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manipulació amb cura. Realitzar neteja per irrigació, evitant la fricció: <ul style="list-style-type: none"> • Humitejar els apòsits abans de retirar-los. • Utilitzar apòsits antiadherents. • Posar malles de vaselina o parafina (Linitul® o Urgotul®) sobre l'úlcer, si precisa. - En cas de sagnat: pressionar suaument durant 10-15 minuts amb una gasa freda i humida +/- agents hemostàtics (esponges hemostàtiques). Valorar l'ús de barres de nitrat de plata per a cauteritzar els punts sagnants. - En hemorràgies quantioses: utilitzar adrenalina tòpica, i tècniques hospitalàries (sutura vas sagnant, cauterització elèctrica, radioteràpia hemostàtica, embolització, làser, crioteràpia). - En hemorràgies al final de la vida: fer servir tovalloles de color fosc i valorar la sedació. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilitzar apòsits hemostàtics: <u>alginat càlcic</u> (Algisite M®). RELE - Gases impregnades d'<u>àcid tranexàmic</u> (Amchafibrin solució injectable®); o àcid tranexàmic via oral durant màxim 10 dies (Amchafibrin comprimits®). RELE. - Evitar apòsits traumàtics.
<h3>Úlcer terminal de Kennedy</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Localització més habitual: sacrococcígia. ▫ Forma: pera, ferradura, papallona. ▫ Mal pronòstic: indicador de mort pròxima (mitjana de 36 hores). ▫ Inici sobtat amb evolució molt ràpida en hores-dies. ▫ Tractament simptomàtic. 	

Vòmits

Etiologia múltiple i multifactorial

- **Fàrmacs:** opioides, antibiòtics, AINES, AAS, corticoides, mucolítics, liti, digoxina, carbamazepina, ferro, estrògens, teofil·lines, levodopa, antiepilèptics, antidepressius tricíclics, etc. Valorar la seva deprescripció en cas d'aparèixer vòmits.
- **Tractaments oncològics:** quimioteràpia, radioteràpia, etc.
- **Digestives:** gastritis, GEA, úlceres gastrointestinals, tumors d'origen digestiu, carcinomatosis intestinal, obstrucció intestinal, estasis gàstric, restrenyiment, peritonitis, oclusió vascular, hèrnies estrangulades, hepatitis, colecistitis, pancreatitis aguda, etc.
- **Alteracions bioquímiques:** fallada renal, cetoacidosis (diabètica, alcohòlica), hipercalcèmia, hipopotassèmia, hiponatrèmia, insuficiència suprarenal, etc.
- **Neurològiques/ vestibulars:** hipertensió intracranial i processos expansius intracranials, lesions del tronc cerebral, meningitis, patologia vestibulolaberíntica, hemorràgies meníngies.
- **Altres causes:** infecció, obstrucció urinària, tos, ansietat, por, repulsió, estímuls visuals, gestació, migranya, etc.

Maneig i tractament

Mesures generals	<ul style="list-style-type: none"> - Ambient tranquil allunyat de la visió i la olor del menjar. Col·locar al pacient assegut o semiassegut. - Identificar i reduir o eliminar factors causants o desencadenants. - Alimentació: no forçar la ingesta, donar àpats lleugers i freqüents, fàcilment digeribles i escollits pel pacient, oferir begudes i menjars freds (menys emetògens), evitar aliments molt greixosos i condimentats. - Utilitzar via sc en cas de vòmits persistents, obstrucció intestinal o malabsorció gastrointestinal.
Tractar causes reversibles	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Tos:</u> antitussígens - <u>Gastritis:</u> antiàcids (Amalgato, Magaldrato, Hidróxido de magnesió). NOFIN. - <u>RGE:</u> IBP (Omeprazol 20 mg/dia, dosi màxima 40 mg/dia durant màxim 8 setmanes), antiH2 (Famotidina inicialment 40 mg/24h i dosi de manteniment 20 mg/24h nit; Ranitidina inicialment 300 mg/24h i dosi de manteniment 150 mg/24h nit). RELE. - <u>Restrenyiment:</u> laxants - <u>Hipertensió intracranial:</u> dexametasona - <u>Processos expansius cerebrals:</u> radioteràpia - <u>Cetoacidosis diabètica:</u> insulina - <u>Obstrucció urinària:</u> sondatge vesical - <u>Infecció bacteriana:</u> antibiòtics

<p>Tractament farmacològic (RELE)</p>	<p>Bloquegen els receptors emetogènics:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol: actua en zona gatell en el IV ventricle i en el centre del vòmit en el bulb; actua sobre receptor D2. - Metoclopramida (actua en el receptor D2, 5HT4 i 5HT3 (a dosis altes)) i Ondansetrón (actua sobre receptor 5HT3), ambdós actuen en zona gatell i tracte gastrointestinal - Dexametasona: lloc d'acció no conegut; ús en hipertensió intracranial, obstrucció intestinal, quimioteràpia i hipercalcèmia.
<p>Segons etiologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Vòmits per opioïdes</u>: Haloperidol 1,5-10 mg/12-24 h via oral o sc o ev SG5%; Metoclopramida 5-20 mg/6-8 h (dosi màxima 120 mg/dia) via oral, sc o ev (es pot administrar amb SG al 5% o SF); Levomepromazina a dosis baixes (6,25 mg/ una o 2 vegades al dia) oral i sc. - <u>Vòmits per quimioteràpia</u>: Ondansetrón 8-24 mg/dia oral, liotabs sc o ev amb SG al 5% o SF; Dexametasona 4-20 mg/dia via oral, sc o ev amb SG al 5% o SF; Lorazepam 0,5-1 mg via oral o sl en vòmits anticipatoris. Es poden combinar aquests 3 primers fàrmacs i també Haloperidol 1,5-5 mg/dia via oral o sc. - <u>Estasis gàstric</u>: Metoclopramida 5-20 mg/6-8 h (dosi màxima 120 mg/dia) via oral o sc o ev; Domperidona 20-120 mg/dia via oral o rectal. - <u>Vòmits per hipertensió intracranial</u>: Dexametasona 4-20 mg/dia via oral o sc o ev amb SG al 5% o SF, i/o radioteràpia pal·liativa. - <u>Obstrucció intestinal</u>: Haloperidol 2,5-5 mg/8-12 h sc (si no s'aconsegueix control: Ondansetrón 8-24 mg/dia liotabs o sc o ev), Dexametasona 4 mg/8 h sc o ev. NO utilitzar Metoclopramida en obstrucció completa, i en cas de dolor còlic es pot afegir Buscapina 10-20 mg/ 6-8 h (màxim 120 mg/dia) sc o ev. Si dolor continu administrar Morfina sc i es pot associar Octeotride 0,1-0,3 mg/ 8 h sc (antiseCRETOR). - <u>Hipercalcèmia</u>: Haloperidol 2,5-5 mg/dia sc + tractament basal (bifosfonats, diürètics, corticoides). - <u>Alteracions bioquímiques</u>: Metoclopramida 10-20 mg/6-8 h (30-120 mg/dia) via oral o sc; Haloperidol 1,5-5mg/dia via oral o sc, i tractar la causa. - <u>Causa desconeguda</u>: Metoclopramida 10-20 mg/6-8 h (30-120 mg/dia) via oral o sc o Haloperidol 1,5-5 mg/dia via oral o sc.
<p>Situació de final de vida</p>	<p>Tractament simptomàtic.</p>
<p>Si vòmits incoercibles</p>	<p>Valorar sedació pal·liativa (d'elecció: Midazolam sc).</p>

Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD Mallorca)

Qui som?

- Professionals d'Atenció Primària de Mallorca (medicina, infermeria, psicologia, admissió) centrats en les cures pal·liatives avançades.
- Suport i assessorament als equips d'AP en tota l'illa de Mallorca.
- Col·laboració amb l'EAP del pacient per oferir en el domicili una atenció de qualitat, propera i segura.
- L'EAP no canvia; MF i INF del centre de salut es mantenen com a referència, ja que són el recurs sanitari més pròxim a la seva residència habitual. Som un equip de suport de cures pal·liatives a domicili.

A quins pacients cal derivar al ESAD?

La nostra població diana són pacients amb necessitats d'atenció pal·liativa específica, és a dir, pacients en situació avançada i irreversible de la seva malaltia amb un pronòstic de vida limitat, ja siguin pacients oncològics o pacients crònics no oncològics (cardíac, pulmonar, hepàtic, renal, neurològic, etc.).

En cas d'un pacient candidat a ser atès conjuntament amb l'ESAD, s'ha d'emplenar el protocol NECPAL (possible resultat: negatiu o positiu) i l'IDC-PAL (amb possibles resultats: complex o altament complex). Aquests protocols es troben disponibles per ser emprats en la història clínica electrònica.

Com derivar i com funcionem?

Rebem la sol·licitud, derivació o interconsulta de part de l'EAP del pacient, IGC d'AP, metges d'atenció hospitalària o IGC d'atenció hospitalària. Posteriorment, ens posem en contacte telefònic amb el pacient i/o família, i programem la visita. Es realitza una valoració i es decideix si entra en programa ESAD.

Què oferim?

- Visites domiciliàries i contacte telefònic.
- Valoració, seguiment, tractament i control de pacients que precisin cures pal·liatives avançades: control de símptomes, situació d'últims dies, sedació pal·liativa, etc.
- Acompanyament al pacient, familiars i/o persones cuidadores, orientat al confort del pacient.
- Gestió d'ingressos en Unitats de Cures Pal·liatives hospitalàries (UCP), si fos precís.

Contacte i horari

Telèfon: 971212390

Correu: gapm.adm.esad@ibsalut.es

Horari: Presencial 8-20h tots els dies, guàrdia localitzada (atenció telefònica a través del 061) 20-8h cada dia.

Bibliografia

- Cuidados paliativos. Guía para Atención Primaria. Ministerio de Sanidad. Dirección Territorial de Melilla. Gerencia de Atención Sanitaria. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Melilla. Sanidad 2021.
- I Manual de Cuidados Paliativos de Extremadura. Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. 2019.
- Control de síntomas en pacientes con cáncer. Manual ICO. 4º edición. 2019.
- Guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica en elSNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
- Recomendaciones de actuación en casos de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con necesidades de atención paliativa. Documento de consenso entre profesionales de equipos específicos de cuidados paliativos de las Illes Balears. Conselleria de Salut. Servei de salut Illes Balears. Illespal. 2020.
- Guía clínica de Agonía (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 23/5/2022.
- Situación de últimos días. Agonía. Guía clínica Semergen. Cuidados paliativos. 2011.
- Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. BOIB num. 44, 28 de marzo del 2015, Fascículo 72 - Sec. I. - Pág. 14329-14344.
- Guía clínica de sedación paliativa (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 16/1/2018.
- Guía de sedación paliativa. Recomendaciones para profesionales de la salud. Programa de cuidados paliativos de las islas Baleares 2013-2016. Govern de les Illes Balears. 2013.
- Guía de práctica clínica para el manejo de la vía subcutánea. Servicio Aragonés de Salud. 2020.
- Guía clínica de utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 8/10/2018.
- Manual de uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Fundación Iavante. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2010.
- Administración de medicamentos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elche. 2015.
- Taller sobre la utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos en Atención Primaria. SEMFYC.
- Opioides. Selección del tratamiento. Titulación y rescate. Axencia de coñecemento ensaúde. Servicio galego de Saúde. Xunta de Galicia.
- Guía clínica de manejo del dolor oncológico (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 20/9/2019.
- Guía clínica de control de síntomas en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 4/10/2020.
- Guía clínica de disnea en cuidados paliativos (Guía Fisterra). Fecha de revisión: 11/3/2020.
- Algoritmo de tratamiento del estreñimiento inducido por opioides. Septiembre 2017. Disponible en: https://1aria.com/images/entry-pdfs/CADIME_ALGORITMO_TTO_ESTRENIMIENTO-OPIOIDES.pdf
- Guía de Práctica Clínica para el Cuidado de Personas con Úlceras Neoplásicas. 1ª Ed. Cañadas Núñez F, Pérez Santos L. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. 2015.
- Palomar F. y Capillas R. Lesiones oncológicas. En: Arantón L. et al. Guía Práctica Ilustrada. Tratamiento de Heridas. Edimsa. 2008.
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2012.
- Guía de recursos materiales, para la prevención y curación de heridas crónicas. Plataforma logística sanitaria de Granada. Servicio de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Reconocido de interés por GNEAUPP. Febrero2020.
- Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Dr Francesc Borrell i Carrió. SEMFYC. 2004.

- Curso de Entrevista Clínica. Guía del alumno. Dra Patricia Palmer y Dra Rosa Duro. Abril 2012.
- Cultura y habilidades psicoterapéuticas en la consulta. Taller impartido en el congreso de SEMFYC del grupo de Comunicación y Salud. San Sebastián. Dr. Isidoro Hidalgo Campos. 2016.
- Comunicación en Cuidados Paliativos. Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Tercera edición. 2020.
- Prevención primaria del duelo complicado: atención al paciente y su familia en el final de la vida y muerte/perimuerte (Guía clínica Fisterra). Fecha de revisión: 15/2/2017.
- Cuidados primarios de duelo (Guía clínica Fisterra). Fecha de revisión: 6/2/2017.
- Guía de acompañamiento en el duelo. ICO. Fundación La Caixa.
- Duelo. Manual de capacitación para acompañamiento y abordaje del duelo. Fundasil. Unicef.
- Protocolo de atención al duelo en la Comunidad de Madrid. Documento de apoyo a los profesionales de la salud para la atención al duelo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Enero 2019.
- Guía para familiares en duelo. Recomendado por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Disponible en: https://www.bdv.cat/sites/default/files/common/Salut/guia_per_a_familiars_en_dol.pdf
- Manejo del duelo en Atención Primaria. Consejos básicos. Dr Enric Zamorano Bayarri. XXVI Congreso Nacional SEMERGEN. 2004.
- Técnicas de afrontamiento y manejo del duelo por pérdida. Disponible en: <https://posipedia.com.co/wp>
- Guías clínicas. Cuidados paliativos. Guías clínicas Semergen. 2011.