

CONTROL DEL DOLOR I ALTRES SÍMPTOMES EN CURES PAL·LIATIVES



Objectius

Millorar els coneixements sobre:

- Les principals símptomes present al pacient
- Maneig farmacològic i no farmacològic de les símptomes més prevalents al pacient amb malaltia crònica avançada i terminal
- Tractament del dolor

Necessitats dels malalts en situació pal·liativa

Tenir un bon control del dolor i altres símptomes

- Evitar una prolongació inadequada del procés de morir
- Mantenir la màxima autonomia
- Poder alleujar la seva càrrega emocional
- Reforçar els llaços afectius amb les persones estimades.

Necessitats dels malalts en situació pal·liativa

Alliberar-se dels molests símptomes de la malaltia

- La seguretat d'un entorn acollidor que tengui
- cura de les seves necessitats
- L'atenció i suport d'un equip expert
- La garantia que no seran abandonats

- Avaluar
- Objectius i pla terapèutic
- Comunicació
- Aspectes organitzatius i de seguiment

- **Avaluar**
 - Valoració del símptoma
 - Impacte emocional i qualitat de vida
 - Valoració del contexte
- **Objectius i pla terapèutic**
 - Característiques
 - Mesures farmacològiques i altres
- **Comunicació**
 - Informació al pacient i família
 - Suport emocional
- **Aspectes organitzatius i de seguimen**
 - Monitorització
 - Accessibilitat i disponibilitat
 - Treball en equip

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. Alteracions de pell i mucoses
3. Síntomes gastrointestinals
4. Síntomes generals
5. Síntomes psiconeurològics
6. Dolor

1. Síntomes respiratoris

- a. **Dispnea**
- b. Hemoptisi
- c. Tos

a) Dispnea

Epidemiologia

- La seva prevalença i severitat augmenten en la darrera setmana de vida.
- Principal símptoma en més del 20% dels pacients en les darreres 48 hores de vida.
- Causa multifactorial en càncer avançat, sense possibilitat de tractament eficaç.

Etiologia

- Anèmia
- ICC
- Infecció pulmonar
- Obstrucció bronquial
- SVCS
- Vessament pleural
- Ascites
- TEP

Formes clíniques de presentació:

- Dispnea basal
- Crisi de dispnea
- Dispnea en l'agonia

Tractament de la dispnea:

- Evitar desencadenants
- Explicar el procés
- Tractar la causa si és possible
- Fàrmacs
- Mesures no farmacològiques

Tractament de la dispnea:

PACIENTS QUE NO PRENEN MORFINA

1) 2,5-5 MG CADA VEGADA QUE PRECISI

Considerar morfina regular si precisa més de dos – tres dosi extra al dia.

2) 2,5- 5 MG CADA 4 HORES

PACIENTS EN TRACTAMENT AMB MORFINA

INCREMENT DE LA DOSI PRÈVIA EN UN 25-50 %

Tractament crisi de dispnea:

- MORFINA: Dosi extra equivalent al 50 % de la dosi pautada V.O. cada 4 h
- CONSIDERAR MIDAZOLAM
- CONSIDERAR VIA SUBCUTÀNIA

Altres tractaments de la dispnea:

- DIAZEPAM ORAL: a partir de 2 mg cada 8 horas
- CLORPROMAZINA: 25-50 mg; dosis nocturna
- CORTICOIDES: Dexametasona 2-4 mg cada 6-8 horas
- OXIGENOTERAPIA

Mesures no farmacològiques

- Companyia tranquilitzadora
- Aire fresc sobre la cara (ubicar al pacient aprop d'una finestra, ventiladors)
- Posició confortable
- Adaptació a l'estil de vida
- Tècniques de relaxació

1. Síntomes respiratoris

- a. Dispnea
- b. Hemoptisi**
- c. Tos

b) Hemoptisi

ETIOLOGIA

INFLAMATÒRIES	MPOC, Bronquitis, aguda, TBC, bronquiectasia, fibrosis quística, abscess pulmonar, pneumònia, embolia pulmonar sèptica, afectació pulmonar micòtica o parasitària
TUMORALS	Carcinoma pulmonar, adenoma bronquial
ALTRES	TEP, estenosi mitral, traumatisme traqueobronquial, cossos estranys, fístula broncoalveolar, etc.

Tipus de presentació de l'hemoptisi:

- Hemoptisi no aguda
- Hemoptisi massiva:
 - Definida com $> 200 \text{ mL} / 24 \text{ h.}$ ó 40 cc/h
 - La que causa la mort en un curt període de temps

Tractament de l'hemoptisi NO aguda:

- Retirar AINEs; AAS
- Antifibrinolítics
- Valorar radioteràpia
- Valorar corticoides
- Adrenalina nebulitzada

Mesures no farmacològiques

- Mantenir la calma
- Oferir una explicació adaptada a la situació del pacient i família.
- Posar el pacient en la postura que li resulti més confortable
- Utilitzar talles o tovalloles de color

Tractament farmacològic hemoptisi massiva

- Sedació pal·liativa
 - *Midazolam
 - *Clorur Mòrfic
- Via SC i medicació preventiva
- Valorar via endovenosa per si es produeix un shock

1. Síntomes respiratoris

- a. Dispnea
- b. Hemoptisi
- c. Tos**

Tos

- Identificar i tractar la causa, si és possible.
- Afavorir la tos si és productiva
- Suprimir la tos si és inefectiva i pot ser esgotadora

Etiologia de la tos

Ambientals	Estímuls químics Tèrmics	Fums, tabac, contaminació. Gasos: sulfur, llexiu, amoniac Aire fred Aire calent
Càncer	Irritació mecànica vies Irritació mecànica de seroses Irritació diafragmàtica Fístula traqueoesofàgica Linfangitis carcinomatosa	Faringe, tràquea, bronquis Pleura, Pericardi
Infeccions	Per debilitat i/o enllitament Per immunodeficiència	Càncer, SIDA, induïdes per fàrmacs, malnutrició
Altres	Rinorrea posterior Insuficiència cardíaca IECA EPOC / Asma Fibrosis pulmonar Alèrgia Patologia esofàgica Malalties granulomatoses Patologia neuromuscular	



Tractament

- Explicació senzilla al malalt i família
- Evitar causes externes / desencadenants
- Mesures posturals

Tractament etiològic:

- Antibiòtic
- Mucolítics
- Broncodilatadors
- Ansiolític

Tractament simptomàtic:

- Només tos: DEXTROMETORFANO
- Tos i dolor:
 - CODEÏNA: 15 mg/4-6 h/V.O.
 - CL. MÒRFIC: 5 mg/ 4 h/ V.O.
- Tos rebel:
 - Associar Dextrometorfano+ Mòrfic ?
 - Metadona 3-5 mg/ 8 h/ V.O.?
 - Anestèsics locals via inhalatoria.

Table 11.1.10 Specific treatment of cough.

Lung parenchymal tumour	Radiotherapy, chemotherapy, steroid
Endobronchial tumour	Endobronchial therapy: brachytherapy, laser, cryotherapy
Tracheo-oesophageal fistula	Stent insertion
Lymphangitis carcinomatosa	Steroid
Post-irradiation lung damage	Steroid
Pleural and pericardial effusion	Fluid aspiration
Aspiration pneumonia	Prevention of aspiration, antibiotics
Congestive heart failure	Diuretics
Asthma	Bronchodilators, steroid
Post-nasal drip syndrome (PNDS)	Antihistamine
Gastro-oesophageal reflux (GERD)	H2 blocker, proton pump inhibitor, diet modification
Eosinophilic bronchitis	Steroid

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. **Alteracions de pell i mucoses**
3. Síntomes gastrointestinals
4. Síntomes generals
5. Síntomes psiconeurològics
6. Dolor

2. Alteracions de pell i mucoses

- a. Xerostomia
- b. Úlcera tumoral
- c. Úlcera per pressió
- d. Pruija

a) Xerostomia

Manifestació clínica de la sequetat de boca per disminució de la secreció salivar.

Repercussió local i sistèmica. La persona té dificultats per activitats com beure, menjar, parlar, besar,... que disminueixen la seva qualitat de vida.

Causes: Reducció de la secreció, afectació de la mucosa oral, deshidratació, emocional, farmacològica, etc.

Tractament

- Mesures no farmacològiques (glopear camamilla amb llimona, xupar trossets de pinya, caramels de menta,...)
- Mesures farmacològiques:
(pilocarpina 5mg/8h V.O., saliva artificial)



2. Alteracions de pell i mucoses

- a. Xerostomia
- b. Úlcera tumoral**
- c. Úlcera per pressió
- d. Pruija

b) Úlcera tumoral

Lesió produïda per la infiltració i proliferació de cèl·lules tumorals en la pell.

Freqüent en càncer de mama, cap i coll.

Clínica: Mala olor, exudat, dolor, sagnat, afectació psicològica, alteració social.

Tractament: específic i simptomàtic (mala olor, exudat, hemorràgia, ...)

2. Alteracions de pell i mucoses

- a. Xerostomia
- b. Úlcera tumoral
- c. Úlcera per pressió**
- d. Pruija

c) Úlcera per pressió

Valoració global del malalt : pronòstic, clínica,
actitud curativa vs pal·liativa

Tractament: mesures preventives, objectiu
pal·liatiu.

2. Alteracions de pell i mucoses

- a. Xerostomia
- b. Úlcera tumoral
- c. Úlcera per pressió
- d. **Pruïja**

d) Pruija

Sensació cutània local o general desagradable que incita a gratar-se.

Present en el 80% en colestasi secundària a la neoplàsia.

Classificació: pruritceptiu, neuropàtic, neurogènic, psicògen

Causes: procés tumoral, complicacions secundàries al procés neoplàsic o tractament, causes externes.

Tractament

- Mesures no farmacològiques

- Mesures farmacològiques:
 - Tòpiques (calamina, òxid de zinc,...)
 - Sistèmiques (antihistamínics, doxepina, ondasetron, paroxetina, mirtazapina,...)

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. Alteracions de pell i mucoses
- 3. Síntomes gastrointestinals**
4. Síntomes generals
5. Síntomes psiconeurològics
6. Dolor

3. Síntomes gastrointestinals

- a. **Nàusees i vòmits**
- b. Restrenyiment
- c. Obstrucció intestinal

a) Nàusees i vòmits

Causes: Activació de quimiorreceptors perifèrics i estimulació de la via vagal; estimulació del centre del vòmit; estimulació de la zona “gatillo”; estimulació oïda mitjà i intern; estimulació d’estructures cerebrals superiors

Tractament: Identificar i tractar la causa, mesures no farmacològiques, selecció adequada del fàrmac:

Antiemètics d’acció central, mixte o perifèrica excepte en cas d’obstrucció intestinal, valorar v.o., Butirofenonas/Fenotiacinas, Procinètics, Antihistamínics, Anticolinèrgics, Antagonistes receptors de la serotonina, Corticoides

3. Síntomes gastrointestinals

- a. Nàusees i vòmits
- b. Restrenyiment**
- c. Obstrucció intestinal

b) Restrenyiment

Causes: Secundari a neoplasia o tractament, causes metabòliques, síndrome dolorosa ano-rectal, altres.

Complicacions: Impactació fecal, nàusees i vòmits, obstrucció intestinal.

Tractament: Mesures generals, farmacològiques i rectals.

A tenir en compte: És el símptoma digestiu més freqüent, es dona en el 80% dels casos de darrers dies i 90% amb tractament opioide i sol estar infradiagnosticat

Incrementadores de masa	Salvado		8-24 g/día	Meteorismo, flatulencia, riesgo obstrucción
	Metilcelulosa	<i>Muciplasma</i>	2-6 cuch./día Acción en 1-3 días	
	Plantago ovata	<i>Plantaben, Metamucil</i>	1-3 sobres/día Acción en 1-3 días	
Osmóticos	Lactulosa	<i>Duphalac</i>	3.33 gr/5ml o sobres sol. 10 ml Acción en 1-3 días	Distensión abdominal
	Lactitol	<i>Emportal</i>	Sobres de 10 gr.	Flatulencia, tolerancia?
Estimulante→	Sales magnesio	<i>Magnesia</i>	1 gr/5 ml Acción en 1-6 has	Diarreas Hiper magnesemia en IR
	Polietilenglicol	<i>Movicol, Bohm, Klean-prep</i>	1-3 sobres/día Acción en 2-6 has	Peligro aspiración en disfagia
Lubrificantes o surfactantes	Docusato	<i>Dama-lax</i>	1-3 Cáp. 100 mg/día Acción en 1-3 días	Malabsorción vit liposolubles Dudas eficacia en toma única
	Parafina	<i>Hodernal, Emuliquen</i>	15 ml/12 horas 1-2 sobres/día	Malabsorción vit liposolubles Irritación anal e incontinencia Neumonitis lipoidea
	Glicerol	<i>Micralax</i>	Microenemas Solo vía rectal	
Estimulantes	Bisacodilo	<i>Dulco-laxo</i>	Comp de 5 mg Supos de 10 mg	Stevens-Johnson o rash
	Senósidos	<i>Sen, Pursenid, Puntual, Xprep</i>	12 mg/8 gotas 8-32 gotas/día	Alteraciones electrolíticas Colon catártico
	Picosulfato	<i>Evacuol, Skilax</i>	7.5 mg/día 8-12 gotas/día	En uso crónico se afecta el plexo mientérico causando melanosis colónica
Procinéticos	Domperidona	<i>Motilium</i>	2.5 mg/8 horas	Extrapiramidalismo
	Cisaprida	<i>Cleboril</i>		Alargamiento del QT

3. Síntomes gastrointestinals

- a. Nàusees i vòmits
- b. Restrenyiment
- c. **Obstrucció intestinal**

c) Obstrucció intestinal

Causes: neoplasia, tractament, altres.

Manifestacions: nàusees/vòmits, dolor continu, absència d'eliminació de femta, distensió abdominal

Tractament: Tractament quirúrgic, tractament mèdic tradicional, endopròtesi i tractament pal·liatiu

A tenir en compta: freqüent en tumors digestius o pèlvics

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. Alteracions de pell i mucoses
3. Síntomes gastrointestinals
- 4. Síntomes generals**
5. Síntomes psiconeurològics
6. Dolor

4. Síntomes generals

a. **Astènia**

b. Anorèxia-Caquèxia

a) Astènia

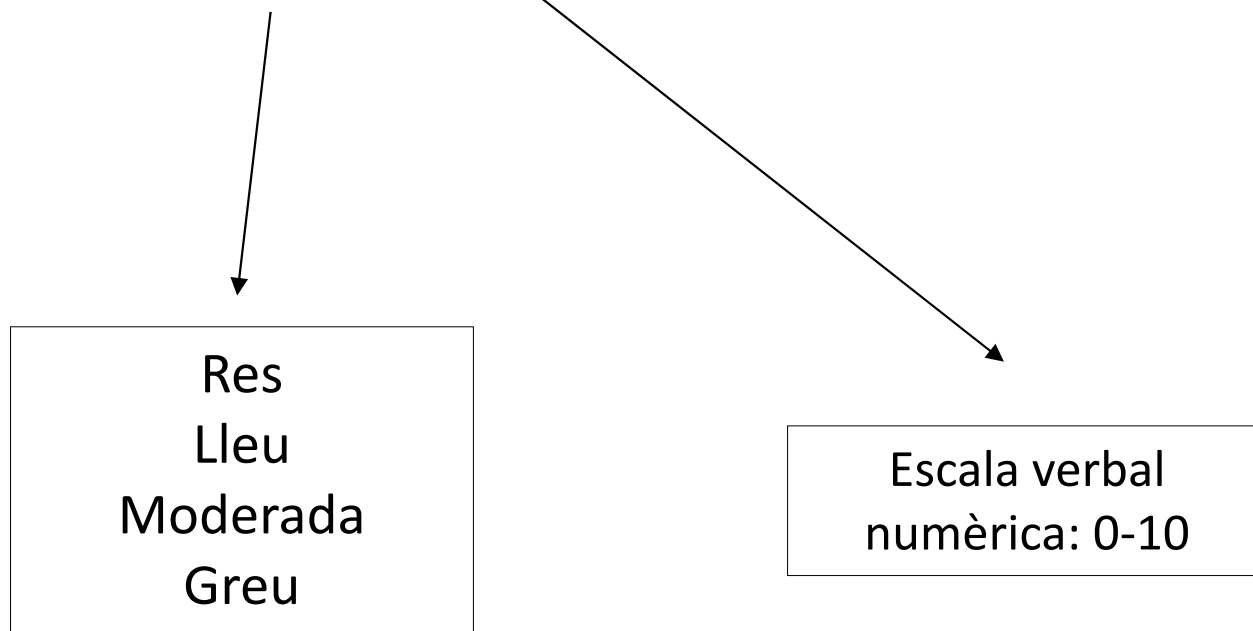
Estat que inclou cansament davant mínims esforços, disminució de la capacitat funcional, sensació de debilitat definida com la sensació anticipada de incapacitat de iniciar qualsevol activitat.

Tractament: Mesures generals, identificar causes específiques, valorar ús de fàrmacs (indicació en funció del pronòstic)

- Dos grups:
 - Corticoides
 - Acetato megestrol
- Alternatives:
 - Metilfenidato
 - EPO

A tenir en compte: Prevalença del 60-90% en pacient pal·liatiu. Síntoma infravalorada.

Sensació subjectiva valorable mitjançant escales unidimensionals i multidimensionals



b) Anorèxia

A tenir en compte: Signe de mal pronòstic,
Prevalença alta, fins el 80% de pacients amb
càncer avançat. Fisiopatologia incerta, implicant
substàncies eliminades pel tumor i sistema
inmunitari.

b) Anorèxia

Tractament: Valorar i tractar causes reversibles, dolor, nàusees, vòmits, restrenyiment, problemes locals a la boca . Mesures no farmacològiques:

Informació adequada del procès

Menjades petites i ↑ freqüència

Sense restriccions a la dieta

Entorn agradable, evitant olors desagradables i sabors forts

Tractament farmacològic:

Corticoides (dexametasona, prednisona)

Megestrol (Indicat en anorèxia associada a càncer i a la SIDA)

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. Alteracions de pell i mucoses
3. Síntomes gastrointestinals
4. Síntomes generals
5. **Síntomes psiconeurològics**
6. Dolor

5. Síntomes psiconeurològics

a. **Insomni**

b. Ansietat

c. Delirium

a) Insomni

Dificultat de conciliació, possibles causes: ansietat, por a dormir, a morir, cicle circadià alterat, dolor, consum d'estimulants.

Tractament no farmacològic: Mantenir patró regular de la son, Emprar el llit per dormir, Mitgdiada reparadora però no llarga, pell neta, seca i hidratada, psicoteràpia, tècniques de relaxació.

Tractament farmacològic:

Insomni de conciliació

Zolpidem/midazolam/lormetazepam

Insomni de manteniment

diazepam/lorazepam

Insomni + ansietat

clorazepato potàsic/ketazolam/alprazolam

Insomni en ancians

clometiazol/lormetazepam

5. Síntomes psiconeurològics

- a. Insomni
- b. Ansietat**
- c. Delirium

b) Ansietat

A tenir en compta: Molt prevalent en CCPP, requereix d'abordatge multidisciplinar. I recolçament psicològic al pacient i família.

Tractament:

Benzodiacepines com a base farmacològica. Acció curta o intermitja com midazolam o lorazepam

Diazepam o clorazepato si hi han signes de final de dosi

Neurolèptics (haloperidol, risperidona) com a 2^a opció o si signes de delirium

Antidepressius (tricíclics com amitriptilina, ISRS com paroxetina o heterocíclics com mirtazapina, trazodona) si hi han signes de depressió

5. Síntomes psiconeurològics

- a. Insomni
- b. Ansietat
- c. **Delirium**

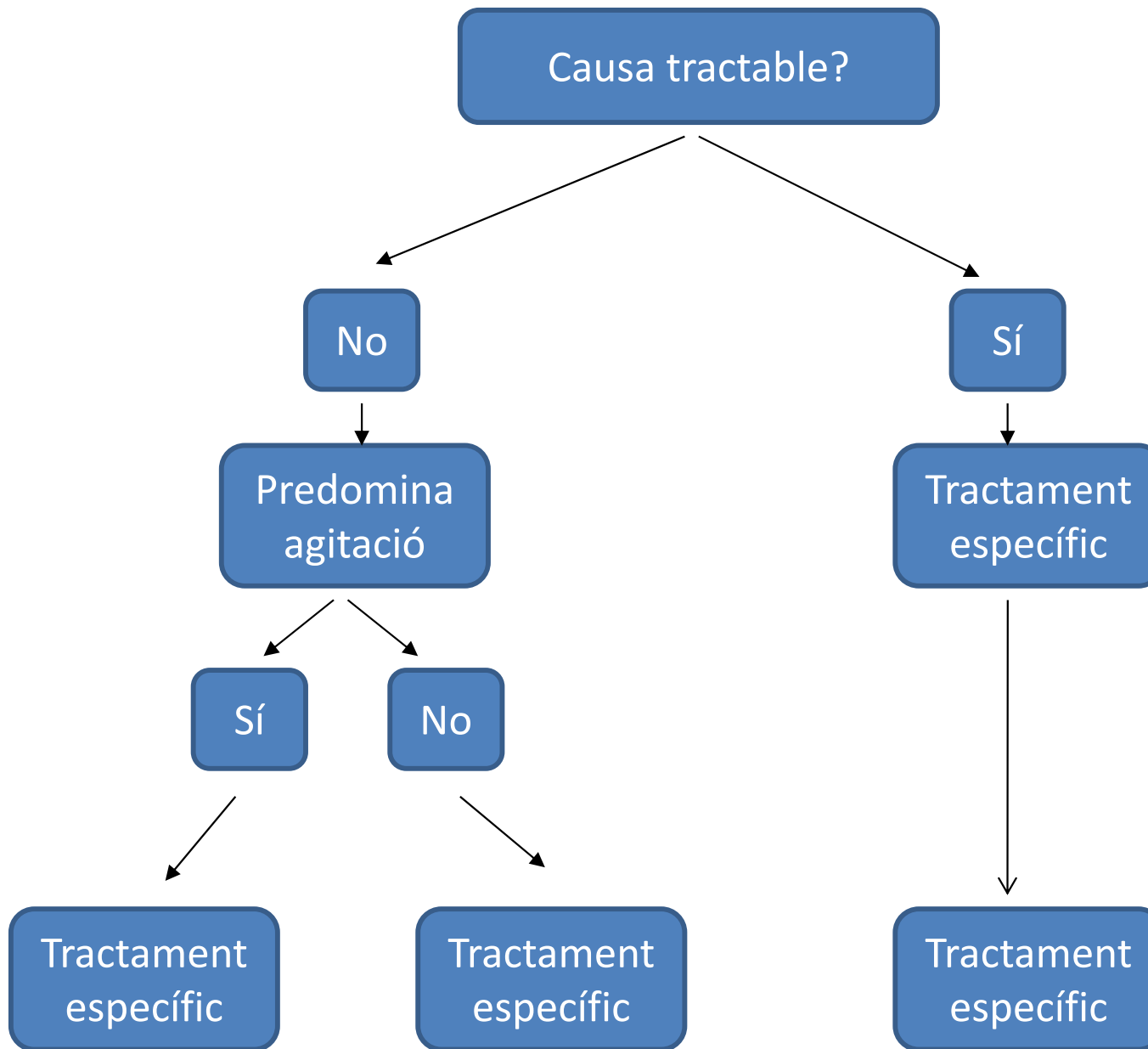
c) Delirium

És un estat confusional agut que resulta d'una disfunció orgànica cerebral difusa

A tenir en compta: quadre psiquiàtric més freqüent en pacients oncològics terminals

Valoració:

- Identificar factors causants o precipitants
- Reconeixement precoç
- Informació adequada a familiars i cuidadors



Miscel·lània

- Haloperidol és el fàrmac d'elecció
- Es pot afegir lorazepam si hi ha ansietat
- Delirium amb agitació intensa valorar levomepromazina o midazolam
- Hidratació (IV-SC) en cas de toxicitat opioide en pacients deshidratats

Síntomes en Cures Pal·liatives

1. Síntomes respiratoris
2. Alteracions de pell i mucoses
3. Síntomes gastrointestinals
4. Síntomes generals
5. Síntomes psiconeurològics
- 6. Dolor**

*Dolor és tot
allò que el
malalt diu que
ho és*

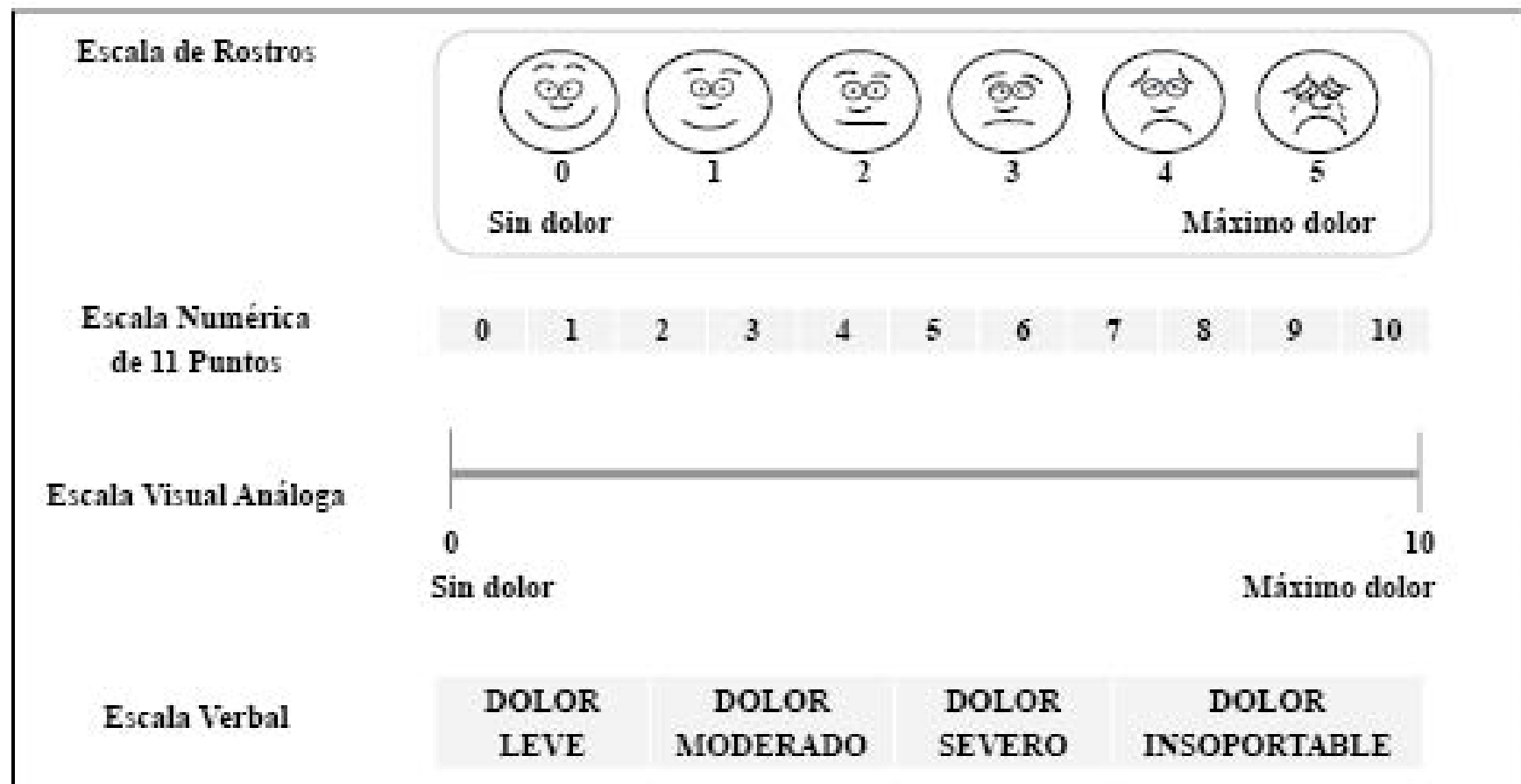
Sternbach RA (1978)



6. Dolor

- Síntoma amb una elevada **prevalència** en malalts amb càncer avançat.
- El seu tractament i **bon control** solen anar associats a una **mort digna**.
- Present entre el 60-80% dels malalts oncològics en aquesta situació amb una mitjana de 2-3 dolors diferents.
- Es mesura mitjançant escales homologades (EVA, ENV,...)
- La intensitat mitjana és d'un 5,11/10 i la mediana d'un 5/10.
- Dolor controlat si intensitat dolor (ID) <3
- Dolor acceptablement controlat si ID <5

Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor



■ Síntomes associats al dolor

- De difícil control: Astènia, anorèxia, sensació de malestar
- Nàusees, ansietat, depressió, dispnea.

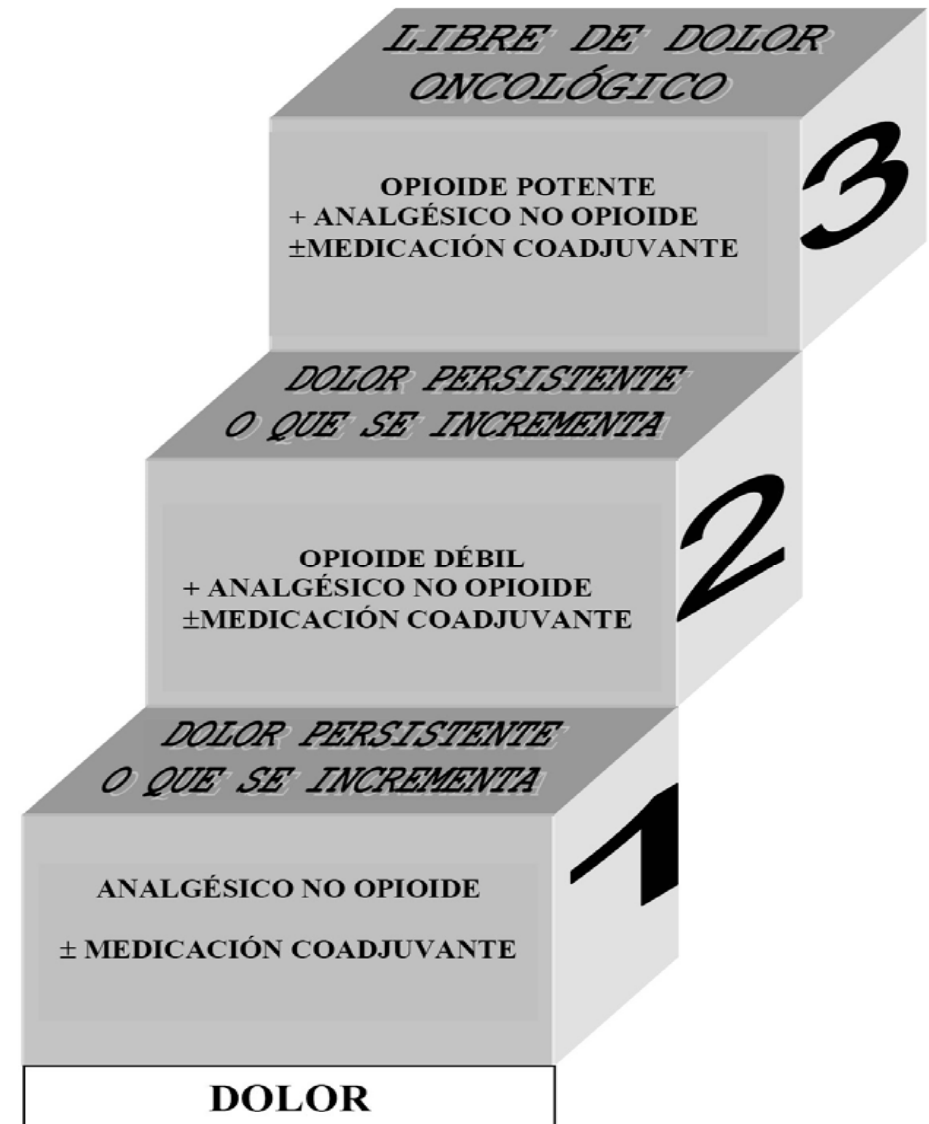
Tipus de dolor	%
Dolor nociceptiu somàtic o visceral	77 %
Dolor neuropàtic	11 %
Dolor mixte	24 %
Dolor incidental	38 %
Dolor irruptiu (2-3 episodis diaris)	50 %

ESCALA ANALGÈSICA OMS

1r ESCALÓ: PARACETAMOL, AAS, AINES,
METAMIZOL
+ ADJUVANTS-COANALGÈSICS.

2n ESCALÓ: CODEÏNA, DIHIDROCODEÏNA,
TRAMADOL,
(ASSOCIACIÓ PARACETAMOL + CODEÏNA)
(ASSOCIACIÓ PARACETAMOL +
TRAMADOL)
+ ADJUVANTS-COANALGÈSICS.

3r ESCALÓ: MORFINA, FENTANIL, OXICODONA,
METADONA, BUPRENORFINA,
MEPERIDINA,
HIDROMORFONA,...
+ ADJUVANTS-COANALGÈSICS.



INICI ÚS D'OPIACIS

Començar tractament amb opiacis quan hi ha dolor de moderat a sever que no millora havent arribat a

Dosis màximes d'analgèsia del 2ⁿ Escaló

TRAMADOL 400 MG/DIA

CODEÏNA 240 MG/DIA

O altres circumstàncies què així ho aconsellin

Ús terapèutic dels opiacis: tractament dolor (sobretot nociceptiu), tractament de la dispnea, antitúsigen, antidiarreic.

***No cal tenir un càncer per beneficiar-se
dels efectes dels opiacis***

MORFINA

- Opiaci potent d'elecció pel dolor agut intens i dolor cancerós crònic.
- No té sostre analgèsic.
- Principal alcaloide de l'opi.
- Agonista pur receptors μ
- Metabolisme hepàtic
- Eliminació metabòlits és urinària

MORFINA ALLIBERAMENT RÀPID:

■ Via Oral (/4H.)

SEVREDOL, Comp 10,20 mg

ORAMORPH, Vials10,30 mg; solució 2mg/mL

SOLUCIÓ ACUOSA DE MORFINA **FM**

■ Via PARENTERAL:

VIALS 1%---> 1mL: 10 mg

VIALS 2%, 4%---> 1mL: 20 MG; 1mL: 40mg

MORFINA ALLIBERAMENT RETARDAT:

■ Via Oral (/12H.)

MST CONTINUS, comp 5, 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg

FENTANIL

- **TRANSDÈRMIC. PEGATS:**

DUROGESIC MATRIX, MATRIFEN,

FENTANILO MATRIX EFG. (12, 25, 50, 75, 100) / 72h

Indicats en malalts amb dolor estable

- **TRANSMUCÓS ORAL. COMPRIMITS “XUPAR”:**

ACTIQ 200, 400, 600, 800, 1200 SP

- **COMPRIMITS BUCALS/SUBLINGUALS**

EFFENTORA, ABSTRAL, ...

- **INTRANASAL**

PECFENT, INSTANYL

- **PEL·LÍCULA BUCAL (PEGAT BUCAL):** BREAKYL 200, 400, 600,

800, 1200 micrograms

METADONA

- METASEDIN, comp 5 mg, amp 10 mg/1mL
- SOLUCIÓ ORAL DE METADONA 10 mg/10mL FM

Indicada pel dolor neuropàtic

OXICODONA

Dues vegades més potent que la morfina

- ALLIBERAMENT RETARDAT: OXYCONTIN, comp 5, 10, 20, 40, 80 mg / 12 h; TARGIN (OXICODONA / NALOXONA, comp 5, 10, 20, 40 mg/ 12 h.
- ALLIBERAMENT RÀPID: OXYNORM caps 5, 10, 20 mg/ 4-6 h; solució oral 10 mg/mL/4-6 h.

BUPRENORFINA

- Via Oral: BUPREX comp SUBL
- Transdèrmic, Pegats: TRANSTEC 35, 52.5, 70 / 84 h.

A TENIR EN COMPTA

- Recordar que no tots els dolors són tributaris d'una escalada analgèsica amb opiàcis
- Pensar amb adjuvants i/o coanalgèsics (antidepressius, corticoides, anticonvulsivants).

EFFECTES SECUNDARIS DELS OPIACIS

Al voltant d'un **50%** malalts tractats amb opiacis presenten efectes adversos.

- **Més freqüents:** Restrenyiment, boca seca, somnolència, nàusees.
- **Menys freqüents:** Mioclonies, deteriorament cognitiu, pruija
- **Rars:** Depressió respiratòria, dependència

Menys d'un **10%** dels malalts precisa canvi de tractament per efectes secundaris.

Prevenió / Tractament efectes secundaris: Sempre que es comença tractament amb opiacis explicar al malalt i família i pautar:

Antiemètics (metoclopramida, **haloperidol**)

Laxants (lactulosa,...)

Bona hidratació (si és possible)

MITES SOBRE OPIOIDES

Adicció

Sedació



Depressió respiratòria

ERRORS MÉS FREQÜENTS ÚS OPIOIDES

- **No** utilitzar opioides **fins** que la malaltia és molt **avançada**
- **No aclarir** pors i conceptes errònies sobre l'ús d'opioïdes.
- **No prevenir** els **efectes secundaris**, ni tractar-los activament quan apareixen
- **Dosificar inadequadament** (per defecte o per excés) o fer servir intervals inadequats
- **No** determinar la **causa** del dolor i, per tant l'ús correcte de coanalgèsics i vies d'administració
- **No** reconèixer el deteriorament de la funció renal (**IRO**)
- **No** prescriure fàrmacs pel **dolor irruptiu**
- Utilitzar les taules de conversions de opioïdes, sense **individualitzar**

IDEES FALSES SOBRE LA MORFINA

- Que disminueix eficàcia amb el temps
- Que provoca adiccions
- Que només s'usa al final de la vida
- Que té “molts” d'efectes adversos
- Que només és un analgèsic
- Que acursa la vida
- Que no se pot retirar
- Que canvia el caràcter
- Que només s'usa en dolors insuportables

Aquestes idees no tenen fonament científic

CONSIDERACIONS

- Opiacis d'elecció per la majoria de dolors oncològics
- **No estalviar** ús morfina
- Produeix menys depressió respiratòria del què es creu
- Deixar dosis de **rescat**
- Procurar tenir talonari estupefaents (en RELE no)
- Davant un dolor de **difícil control** pensar en adjuvants
- Analgèsics, en una **rotació d'opiacis** al domicili, o segons les característiques del mateix o condicions de l'entorn remetre el malalt a centre hospitalari (Unitat de cures pal·liatives)

EQUIVALÈNCIES OPIACIS

MFN mg	30-60 vo dia	90 vo dia	120 vo dia	240 vo dia	300- 400 vo dia
FNTL mcg	25 cada 72h		50 cada 72h	100 cada 72h	125- 175 cada 72h
OXC mg	15-30 dia	40 dia	60 dia	120 dia	
BPN mcg	T35 cada 72h	T52.5 cada 72h	T70 cada 72h	T2x70 cada 72h	
BPN mg sl	0.4- 0.8	1.2	1.6	3.2	
MTD	HOSPITAL				

CONSIDERACIONS

La MFN és d'elecció a la majoria de dolors oncològics.

No estalviar l'ús de MFN a malalts que se'n poden beneficiar.

Produeix menys depressió respiratòria del que es pensa habitualment.

A l'inici del tractament amb opiacis pautar sempre laxants, mesures hidratació mucosa oral i antiemètics (haloperidol gotes: 5 gotes/12h, 2-3 dies).

Les dosis de rescat són extremes, significa que s'han de donar les vegades necessàries (marge d'1-2h) i valorar de nou l'analgèsia de base.

Quan es roti d'un opiaci a un altre seguint les equivalències, tenir tendència a la baixa (disminuir d'un 20-30%).

Els professionals han de tenir el talonari d'estupefaents al seu lloc de feina.

Deixar dosi de rescat amb opiacis d'alliberament ràpid a malalts tractats amb opiacis retardats.

En cas de tractament amb Transtec deixar dosis de rescat amb Tramadol o Buprex.

ÚS D'OPIACIS MAJORS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA



**Govern
de les Illes Balears**

Atenció Primària de Mallorca

Elaborat per:

ESAD

Equip de Suport Atenció Domiciliària

MORFINA (MFN)

Alliberament ràpid (MFN ràpida)

Oral

Sevredol[®] comprimits, 10 mg, 20 mg

Solució Aquosa de morfina (SAM)

Recepta fórmula magistral

(ex.:SAM 5 mg/ml, 250 ml)

Parenteral (SC): Clorur Mòrfic

Vials 1% : 1ml= 10 mg

Vials 2%: 1ml= 20 mg

Alliberament retardat (MFN retard)

Oral

MST Continus[®] (MST C), comprimits:

5, 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg

Skenan[®] càpsules: 10, 30, 60, 100, 200 mg

Posologia MFN

Inici:

(VO) MFN ràpida 5-10mg/4

(SC) Cl. Mòrfic 2'5-5mg/4h (1/2 dosi VO)

Manteniment:

Si dolor controlat es pot passar a MFN ret.

(Sevredol[®] 10/4h (60/24h)= MST C 30/12h)

Consideracions

Dosi de Rescat:

Sempre s'ha de pautar. És 1/6 dosi total.

El Sevredol[®] es pot xapar.

MST no es pot mastegar, ni rompre.

FENTANIL (FNTL)

Transdèrmic

Durogèsic Matrix[®] 12,25,50,75, 100 mcg/h

Matrifen[®] 12,25,50,75, 100 mcg/h

Fentanilo Matrix EFG 25,50,75,100 mcg/h

Es canvien cada 72h, a vegades cada 48h.

Tarda 12h a assolir nivells terapèutics.

Deixar dosi de rescat amb MFN ràpida o

FNTL transmucós.

Transmucós oral

Actiq[®] comprimits, desfer a la boca:

200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mcg

Pel dolor irruptiu, passar per mucosa oral

fregant, mai mossegar.

Començar amb 200-400 mcg durant 15 minuts.

METADONA (MTD)

Metasedin[®] comprimits 5 mg; ampolles

10mg/ml.

Solució oral de metadona: 10mg/10ml

Consideracions:

Difícil maneig i titulació.

Més indicat pel dolor neuropàtic.

La rotació de MFN o altre opiaci a MTD, convé

que es faci a un Centre Hospitalari.

OXICODONA (OXC)

Alliberament ràpid

Oxynorm[®] càpsules: 5,10,20 mg/4-6h

Oxynorm[®] concentrat, solució oral 10 mg/ml

Alliberament retardat

Oxicontin[®] comprimits:

5,10,20,40,80 mg.

L'inici de l'analgèsia és a 1h i la duració de l'efecte de 12h.

En 24h s'obté nivell plasmàtic estable.

Inici: 5-10 mg/12h.

Increment dosi d'un 30-50%

Els comprimits no es poden mastegar, ni rompre.

BUPRENORFINA (BPN)

Agonista opiaci parcial. Té sostre analgèsic.

Oral

Buprex[®] comprimits sublinguals, 0'2 mg.

Transdèrmic

Transteq[®] : 35, 52'5, 70 mcg/h

Analgèsia avaluable a les 24h.

Deixar 12h sense pegat si es rota a un opiaci agonista pur com la MFN o el FNTL.

Inici:Transteq[®] 35, ½ o sencer cada 84h (si no tractament previ amb opiacis).

Si tractament previ amb tramadol o codeïna a dosis màximes: Transteq[®] 52'5.

Canviar pegats cada 84h.

BIBLIOGRAFIA

- Oxford textbook of palliative Medicine. Fourth edition. 2010
- Guía de Atención al paciente al final de la vida. Grupo de trabajo de Cuidados paliativos de la Semfyc. 2008
- Symptom Management in advanced cancer. Robert Twycross, Andrew Wilcock. Third edition
- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008
- Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. J. Porta, X. gómez, A. Tuca. 2ª edición
- Guía anorexia caquexia. Sociedad Española de Oncología Médica. 2005
<http://www.palliative.org/PC/ClinicalInfo/PCareTips/ISSUE%202.pdf>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. www.secpal.com