Malalts amb tractament crònic amb mòrfics

En aquests malalts caldrà diferenciar també si la consulta pel dolor a Urgències és per una causa diferent d'aquella per la qual estan prenent els opiacis (nova malaltia) o bé si és per agudització del dolor que causa el tractament crònic amb opiacis (agudització malaltia crònica). En aquest cas, s'haurà de revalorar la malaltia crònica que té i descartar complicacions.

Malalts amb tractament crònic opiacis i nova malaltia	Malalts amb tractament crònic opiacis i agudització malaltia crònica
• Assegurar tractament de la causa • Mantenir l'opiaci crònic afegint analgèsia per a la nova malaltia i, d'acord amb les condicions de labilitat fisiològica del malalt, ajustar les pautes descrites més amunt.	• Estudiar la causa d'empitjorament i tractar • Revalorar la pauta que estan prenent i intentar reordenar la pauta, deixant una pauta fixa i rescat i coadjuvant, si cal, en funció tipus de dolor que presenti.

- No administrar més de dos mòrfics, és a dir el que porta de base i un que afegirem de rescat (i sempre amb control clínic).
- Si el malalt ja està prenent rescats, s'haurà de valorar individualment si cal augmentar la dosi de rescat o el mòrfic de base.
- Si s'ha d'iniciar un fàrmac de rescat, es farà segons els recomanats en les pautes (tramadol o morfina) segons el grau de dolor.

Taula de rotació d'opiacis: equivalències entre diferents dosis d'opiacis potents i ràtios de conversió

Cal tenir en compte que aquestes equivalències són només una guia orientativa, ja que variabilitat entre pacients requereix una valoració individual, També cal tenir en compte, que quan fem una conversió entre opacis s'ha de fer una reducció de la dosi i titolar segons necessitats del pacient.

OPIACI	VIA	Rati morfina Oral: opioide	POSOLOGIA							
Morfina (mg)	**ORAL**	1:1	c/4h oral	5	10	15	20	30	45	60
			c/24h oral	30	60	90	120	180	270	360
			DE oral	5	10	15	20	30	45	60
	SC	2:1	c/24h sc	15	30	45	60	90	135	180
			DE sc	3	5	8	10	15	23	30
	EV (ICEV=ICSC)	3:1	c/24h ev	10	20	30	40	60	90	120
			DE ev	2	3	5	7	10	15	20
Oxicodona (mg)	ORAL	1.5:1	c/24h	20	40	60	80	120	180	240
			DE oral	2.5	5	10	10	20	30	40
Fentanil (µg/h)*	**Transdèrmica** 1 mg morfina vo: 10 µg fentanil (x 10)		c/72h TTS (Dosi del pegat → dosi calculada:24h)	12.5	25	37.5	50	75	112.5	150
				12	25	25+12	50	75	100+12	75x2
Fentanil (µg)**	EV: 1 mg morfina vo: 10 µg fentanil (x 10)		c/24 h ICEV o ICSC	300	600	900	1200	1800	2700	3600
Buprenorfina (µg/h)*	**Transdèrmica:** 1 mg morfina vo: 14 mcg buprenorfina		c/72h	17	35	52.5	70	105	157.5	No dosi superiors
			Dosi del pegat → (dosi calculada:24h)	½ 35	35	52.5	70	70+35	70x2	
Metadona (mg)	<30 → 1:1 30-90 mg → 4:1 90-300 mg → 8:1 >300 mg → 12		c/8h oral	3	5	7	5	7	12	10
			DE oral	1.5	3	4	3	4	6	5
	1.2 mg **Metadona oral** 1 mg **EV**		c/24h ICEV/ICSC	7	12	17	12	17	30	25
			DE ev/sc	1	2	3	2	3	5	4
Tapentadol	**ORAL**	1:3.3	c/24h oral	100	200	300	400	500	500	500
			DE morfina oral	5	10	15	20	30	45	60

DE: Dosi extra; sc: subcutània; ev: endovenosa; ICEV: infusió continua endovenosa; ICSC: infusió continua subcutània; TTS: pegat transdèrmic
(*) Pot rescatar amb la dosi extra dels corresponents opiacis potents o amb la dosi efectiva de fentanil transmucós. (**)Rescat inicial amb 50µg ev i ajustar posteriorment segons resposta analgèsica i durada.

Fàrmacs coadjuvants per dolor neuropàtic

ANTIDEPRESSIU

Efecte analgèsic a dosis inferiors a les antidepressives.

- **TRICÍCLICS:** AMITRIPTILINA (inici amb 10-25 mg a la nit i pujar màxim fins a 75mg/dia lentament), NORTRIPTILINA, **IMIPRAMINA:** Dolor neuropàtic disestèsic continu amb símptomes depressius. Poc efectiu per al dolor lancinant i possibilitat d'efectes secundaris.
- INHIBIDORS RECAPTACIÓ SEROTONINA I NORADRENALINA:

  DULOXETINA: FBM, dolor neuropàtic perifèric associat a neuropatia diabètica. 60 mg/24 h (dosi màxima 120 mg/dia).

ANTICONVULSIUS

- **CARBAMAZEPINA.** Efectiu al dolor lancinant, paroxístic (d'elecció a la neuràlgia del trigemin i glossofaringi): iniciar 200 mg/dia i augmentar 100 mg/dia cada 3-4 dies fins 200 mg cada 6 hores (si bona tolerància). A l'inici del tractament s'han de fer controls de bioquímica hepàtica durant els primers 3-6 mesos.
- **GABAPENTINA.** Neuràlgia del trigemin, síndrome regional complex, mielopatia postradiació, neuràlgia postherpètica, al·lodínia bucofaríngia, neuropatia perifèrica i diabètica, síndrome de dolor central). Iniciar 300 mg/dia, 300 mg/12 h el segon dia i 300 mg/8 h el tercer dia. Després, augmentar 300 mg/24 h cada 2-3 dies en funció de resposta/tolerància (dosi màxima 3600 mg/dia).
- **PREGABALINA.** Autoritzat en fitxa tècnica també per dolor neuropàtic central. Es considera fàrmac de segona línia. Dolor neuropàtic, neuropatia diabètica, dolor inflamatori, neuropatia induïda per quimioteràpia. Iniciar 150 mg /dia, després de 3 dies augmentar a 300 mg/dia. Dosi màxima: 600 mg/dia.
- **LAMOTRIGINA.** Dolor neuropàtic lancinant i central. És de segona elecció, si fracassen altres anticonvulsius. Complicació infreqüent a tenir en compte: risc de síndrome de Stevens-Johnson.
- **LACOSAMIDA.** Considerar introduir-la al menys en pacients sense allargament de QTc i/o PR amb crisis trigeminals agudes. Existeix formulació EV.

ALTRES COADJUVANTS

AGONISTES GABA (relaxant muscular):

BACLOFÈN. Dolor lancinant refractari i dolor central. Útil a neuràlgia del trigemin. Menys sedant. Des de 20-200 mg /dia. Només recomanat en dolor amb espasticitat.

BENZODIAZEPINES:

DIAZEPAM. Dolor crònic + ansietat / espasmes musculars. Evidència nivell III. Duració recomanada de menys d'1 setmana.

BIFOSFONATS:

ZOLENDRONAT. Dolor ossi secundari a metàstasi òssia lítica amb hipercalcèmia, risc de fractures patològiques. 4 mg via EV en 15 minuts. En comptes de Zolendronat, valorar anticossos monoclonals a dosis oncològiques, que és més eficaç -> DENOSUMAB (©Prolia).

CORTICOIDES: dolor per infiltració o compressió nerviosa, cefalea per hipertensió endocranial, compressió medul·lar o dolor nociceptiu de qualsevol origen.

DEXAMETASONA. Inici dosi 16 mg d'atac, després 4 mg/6 h. Si hi ha lesió invasiva del canal medul·lar, dosis més altes: 100 mg d'atac i després 24 mg/6 h.

PREDNISONA. 10 mg cada 8 hores durant 7 dies i reduir.

Guia d'utilització 2023

Dolor urgències medicina



HUB 554 - Versió 1. Abril 2023

Document actualitzat

Salut/ Bellvitge Hospital Universitari
Servei d'Urgències i Unitat de Dolor Agut d'Anestesiologia

Generalitats

CLASSIFICACIÓ DEL DOLOR

Segons DURACIÓ: Agut (<3-6 m) o Crònic (>6 m)

Segons MECANISME FISIOPATOLÒGIC:

NOCICEPTIU:

SOMÀTIC: es descriu com un dolor **ben localitzat, pulsatiu, punxant.** Prové dels estímuls nociceptius d'estructures somàtiques (pell, ossos, articulacions, múscul i parts toves).

VISCERAL: es descriu com a **profund, sord, difús.** Prové dels òrgans innervats pel simpàtic (vísceres o òrgans amb les mucoses, seroses, músculs llisos i vasos).

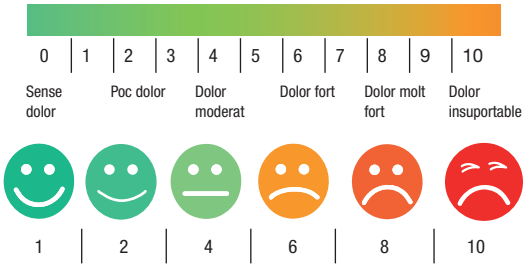
NEUROPÀTIC: **lancinant (corrent), descàrregues, cremor, disestèsies, adormiment.**

CENTRAL

PERIFÈRIC

ESCALES DE VALORACIÓ DEL DOLOR

Escala numèrica verbal (ENV) o escala visual analògica (EVA): quantifica intensitat



DN4: per discernir dolor neuropàtic

És un qüestionari per ajudar en el diagnòstic diferencial del dolor nociceptiu i el neuropàtic. Consta de 4 preguntes i 10 ítems als quals el pacient ha de contestar afirmativament o negativa. Les preguntes 1 i 2 recullen símptomes descriptors del dolor que es contesten mitjançant una entrevista i les preguntes 3 i 4 recullen signes identificats en l'exploració.

Cada resposta afirmativa puntua 1 i cada resposta negativa 0. El total s'obté sumant tots els ítems. Aquesta puntuació pot oscil·lar entre 0 i 10. Els autors proposen un punt de tall de 4. Aquesta escala ha estat adaptada i validada al castellà.

Cuestionario DN4
(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4[33])
Responda a las 4 preguntas siguientes marcando SI o NO dónde corresponda:

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

	Si	No
1 Quemazón		
2 Sensación de frío doloroso	☐	☐
3 Descargas eléctricas	☐	☐

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

	Si	No
4 Hormigueo	☐	☐
5 Pinchazos	☐	☐
6 Entumecimiento	☐	☐
7 Escozor	☐	☐

EXPLORACIÓ DEL PACIENT
Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa'

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	☐	☐
9 Hipoestesia al pinchazo	☐	☐

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

	Si	No
10 El roce	☐	☐

Valoració clínica: Cal tenir en compte les constants, expressió facial, mobilitat, descans nocturn i capacitat de distreure's. Grau d'angoixa i depressió que li suposa.

CONSIDERACIONS EN EL TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT

1 Saber la causa del dolor i iniciar tractament de la causa.

2 En el malalt que torna a consultar per dolor, és important fer un diagnòstic diferencial i no quedar-se amb un diagnòstic inicial, sinó qüestionar-lo.

3 Valorar la mena de dolor i les seves característiques.

4 Diferenciar els malalts amb un dolor agut d'aquells que tenen dolor crònic aguditzat. En tots dos casos cal un diagnòstic clar de la causa del dolor.

5 El dolor agut, a diferència del crònic, requereix un tractament analgèsic intens. Moltes vegades tindrà un abordatge multimodal (pauta fixa + rescat per als pics de dolor).

6 La termoteràpia és molt útil:

Fred local (protegit): en dolor inflamatori

Calor local (protegit): en contractures musculars

7 S'ha d'avaluar de manera contínua el dolor, educar i donar tranquil·litat al pacient, així com establir expectatives reals de resultats amb el tractament (reduirem el dolor, però no el traurem del tot fins que no es resolgui el problema que l'ha causat).

8 Cura amb els coadjuvants. S'ha de tenir cura quan s'associa un opiaci amb coadjuvants (risc de sedació i depressió respiratòria).

9 Revalorar aquell pacient per al qual no millora el dolor malgrat un tractament intens.

OBSERVACIONS AINE

	Dosi recomanada	Disminuir dosi	Contraindicat	Precaució
Dexketoprofèn iv.	50 mg cada 8-12 h. Dosi màxima 150 mg/dia. Utilitzar la dosi mínima eficaç. No administrar més de 48 h.	Insuf. renal i/o hepàtica.	Insuf. renal i/o hepàtica greu. úlcera pèptica / hemorràgia gastrointestinal activa o recidivant.	Factors de risc cardiovascular. Pacients amb hiperreactivitat bronquial relacionada amb els AINE.
Ibuprofèn vo.	1200 mg/dia repartits en varies preses, dosi màxima 2400 mg/dia. Utilitzar la dosi mínima eficaç durant el menor temps possible.	Insuf. renal i/o hepàtica.	Insuf. renal i/o hepàtica greu, pacients amb úlcera pèptica / hemorràgia gastrointestinal activa o recidivant.	Pacients amb factors de risc cardiovascular. Pacients amb hiperreactivitat bronquial relacionada amb els AINE.
Diclofenac	50 mg cada 8-12h, IM: 75 mg, dosi màxima 150 mg/dia. Utilitzar la dosi mínima eficaç durant el menor temps possible.	Insuf. renal i/o hepàtica.	Insuf. renal i/o hepàtica greu. Úlcera pèptica / hemorràgia gastrointestinal activa o recidivant. Insuficiència cardíaca greu.	Pacients amb hiperreactivitat bronquial relacionada amb els AINE.
Metamizole	VO 575 mg cada 6-8 h, IV: 2 g cada 8 h. Administrar diluït en 50 ml SF/SG5% durant 20-60 min.	Anèmia aplàstica o agranulocitosi de causa tòxico-al·lèrgica, deficiència de glucosa-6-fosfat-deshidrogenasa i porfíria. Disminuir dosi en insuf. renal i/o hepàtica.	Úlcera gastrointestinal o hemorràgia intestinal recent.	
Paracetamol	Dosi 1 g cada 8-6 h. Dosi màxima: 4 g/dia.	Insuf. renal i/o hepàtica. Pacients d'edat avançada, no donar-los-en més de 3 g/dia.	en insuf. hepàtica greu.	Disfunció hepàtica o renal, alcoholisme crònic, malnutrició crònica i deshidratació.

Pautes d'Analgèsia de Dolor Agut

Pauta	< 70 anys^	≥70a*
No tractament previ o dolor moderat	**Dexketoprofèn** 50 mg o **Metamizole** 2g/8h ev (NO ELS 2) **Paracetamol** 1g/8h (al mateix horari i després de l'AINE) **RESCAT:** Tramadol 50-100mg/8h ev	**Metamizole** 2g/12h ev **Paracetamol** 1g/12h (al mateix horari i després del AINE) **RESCAT:** Tramadol 50-100mg/12h ev
Dolor intens	**Dexketoprofèn** 50 mg o **Metamizole** 2g/8h ev (NO ELS 2) **Paracetamol** 1g/8h (al mateix horari i després de l'AINE) **RESCAT:** morfina 5-10 mg sc /4h (si el dolor és molt intens i no ha millorat amb els AINE i paracetamol, es pot posar bol de 2 mg de morfina ev cada 5 minuts fins a aconseguir una reducció del dolor (màxim 6-8 mg), amb control de la saturació d'oxigen	**Metamizole** 2g/12h ev **Paracetamol** 1g/12h (al mateix horari i després de l'AINE) **RESCAT:** morfina 4 mg/4-6 h. Si el dolor és molt intens i no ha millorat amb els AINE i paracetamol, es pot posar bol d'1 mg de morfina ev cada 5 minuts fins a aconseguir una reducció del dolor (màxim 3-5 mg), amb control de la saturació d'oxigen
Dolor intens que requereixi ingrés	**Dexketoprofèn** 50 mg o **Metamizole** 2g/8h ev (NO ELS 2) **Paracetamol** 1g/8h (al mateix horari i després de l'AINE) **RESCAT:** PCA de morfina estàndard (demanar la preparació de la bomba a la RPQ. Permet administrar bols de 0.5 mg de morfina cada 5 minuts, que representa fins a 24 mg cada 4 hores). Quan s'inicia PCA de morfina cal fer una titulació de morfina abans (= administrar petits bols de 2 mg morfina fins que el dolor s'ha reduït a un nivell de lleuger-moderat)	**Metamizole** 2g/12h ev **Paracetamol** 1g/12h (al mateix horari i després de l'AINE) **RESCAT:** PCA de morfina reduïda (demanar la preparació de la bomba a la RPQ. Permet administrar bols de 0.5 mg de morfina cada 8 minuts, que representa fins a 15 mg cada 4 hores). Quan s'inicia PCA de morfina cal fer una titulació de morfina abans (= administrar petits bols d'1 mg morfina fins que el dolor s'ha reduït a un nivell de lleuger-moderat)

^ <70a amb funció renal, hepàtica i cardíaca normals i pes ≥50 kg

*≥70a i/o alteració funció renal, hepàtica o cardíaca o <50 kg.