

GUIA DE VALORACIÓ I TRACTAMENT DEL DOLOR INTRAHOSPITALARI EN EL PACIENT ADULT

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Actualització: Juny 2022



Data d'elaboració del protocol: 05/05/2022

ID: AN33

Títol: GUIA DE VALORACIÓ I TRACTAMENT DEL DOLOR INTRAHOSPITALARI EN EL PACIENT ADULT

Paraules clau: dolor, analgèsic, intrahospitalari, analgèsia


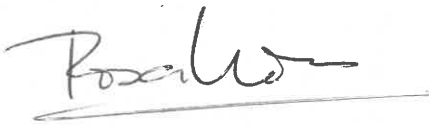
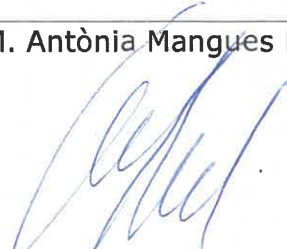


Versió núm.: 5

Elaboració

Adaptació

Actualització

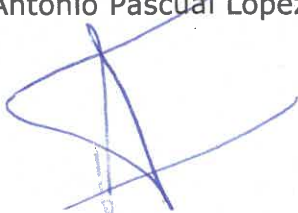
COMISSIÓ / COMITÈ / GRUP DE TREBALL (si s'escau): Sotscomissió del dolor

| Autors (marcar el coordinador) | Serveis / Àrea | Directors de Servei/Unitat i signatures |
|---|--------------------------------------|--|
| Dra. Elena Català Puigbó Dra. M ^a Teresa Santeularia Verges Dra. Mercè Genové Cortada | Clínica del Dolor. Anestesiologia | Dra. M. Àngels Gil de Bernabé Sala  |
| Sra. Isabel Muñoz Hernández. | Clínica del Dolor. Anestesiologia | Sra. Rosa M. Muñoz Albarracín  |
| Dra. Ana Maria Juanes Borrego | Farmàcia | Dra. M. Antònia Mangués Bafalluy  |
| Dra. Olga Peypoch Pérez | Angiologia i Cirurgia Vascular | Dr. José R. Escudero Rodríguez  |
| Dr. Ignasi Bolívar Ribas | Epidemiologia Clínica | Dr. Xavier Bonfill Cosp  |



| | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--|
| Dra. Mireia Gómez Masdeu | COT | Dr. Xavier Crusi Sererols  |
| Dra. Míriam Mateo Roca | Urgències Generals | Dra. Mireia Puig Campmany  |
| Dra. Montserrat Clos Enrriquez | Cirurgia General i Digestiva | Dr. Antonio Moral Duarte  |
| Sra. Raquel Campo Moliner | Hospitalització Cirurgia General | Sra. Rosa M. Muñoz Albarracín  |
| Dra. Cristina Soler Moreno | Ginecologia i Obstetrícia | Dra. Elisa Llurba Olivé  |
| Sra. Elisabeth Carreras Robert | Metodologia i Gestió Clínica | Sra. Olga Álvarez Llorca  |
| Dr. Jordi Mascaró Lamarca | Medicina Interna. Geriatria | Dr. Jordi Casademont i Pou  |



| | | |
|------------------------|--------------------|--|
| Dr. Ernest Güell Pérez | Cures Pal·liatives | Dr. Antonio Pascual López  |
|------------------------|--------------------|--|

Àmbit d'aplicació del Protocol/GPC:

- Ambulatori Hospitalització Laboratori Rehabilitació
 Urgències Quirúrgic Diagnòstic per la Imatge

El protocol/guia conté:


a) **Fàrmacs?** Sí No

En cas de resposta afirmativa, cal contactar amb el farmacèutic consultor del servei corresponent per tal que validi la informació dels medicaments inclosos.

b) **Canvis substancials en la petició de proves d'imatge?** Sí No

c) Pautes analgèsiques per al control de dolor que són noves i/o modifiquen les existents? Sí No
 Si les respostes b) i/o c) són afirmatives i entre els autors no hi ha cap representant de Diagnòstic per la Imatge i/o Clínica del dolor, caldrà la revisió pels serveis esmentats.

Data d'entrada del protocol al PQA: 05/05/2022 Data d'institucionalització: 16/06/2022

| | | |
|---|--|---|
| Dra. Xènia Acebes Direcció Assistencial  | Dr. F. Xavier Borrás Direcció Mèdica  | Sra. Eugènia Masip Direcció Infermera  |
|---|--|---|



ÍNDIX

| | |
|--|-----------|
| A. OBJECTIU DE LA GUIA | 6 |
| B. AVALUACIÓ DEL DOLOR | 7 |
| C. GUIA FARMACOLÒGICA DE LA PRESCRIPCIÓ ANALGÈSICA | 18 |
| C.1. Analgèsics i coadjuvants utilitzats a l'Hospital: Classificació, pautes de dosificació i precaucions..... | 18 |
| C.2. Consideracions especials segons les diferents comorbiditats..... | 27 |
| C.3. Estratègia d'aplicació de les pautes analgèsiques | 28 |
| D. PROTOCOLS (SAP-Medicació)..... | 29 |
| D.1. Pautes analgèsiques segons la intensitat del dolor postoperatori (sense PCA) . | 29 |
| D.2. Pautes analgèsiques amb tècniques regionals (TR)/PCA..... | 30 |
| D.3. Prescripció PCA segons via d'administració (tècnica analgèsica continua controlada per la Unitat del Dolor a les sales d'hospitalització) | 32 |
| D.4. Guies de tractament del dolor intrahospitalari per especialitats i patologies..... | 34 |
| 1. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA..... | 34 |
| 2. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA (COT)..... | 37 |
| 3. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: OTORINOLARINGOLOGIA.. | 40 |
| 4. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: NEUROCIRURGIA | 42 |
| 5. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA PLÀSTICA..... | 44 |
| 6. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA GINECOLÒGICA I CESÀRIES..... | 46 |
| 7. TÈCNiques D'ANALGÈSIA EN L'EMBOLITZACIÓ DE MIOMES UTERINS | 49 |
| 8. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA CARDÍACA..... | 50 |
| 9. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN LES TORACOTOMIES I EN LES FRACTURES COSTALS EN SISTEMA DE PCA | 51 |
| 10. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA VASCULAR..... | 53 |
| 11. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR NEUROPÀTIC EN EL PACIENT INGRESSAT | 55 |
| 12. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR PER AIXAFAMENTS VERTEBRALS EN EL PACIENT INGRESSAT | 56 |
| 13. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT ONCOLÒGIC AFECTAT DE MUCOSITIS..... | 57 |
| 14. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT ONCOLÒGIC PAL·LIATIU I QUE PRECISA OPIOIDES..... | 59 |
| 15. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT AMB LUMBÀLGIA AGUDA | 60 |
| 16. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT AMB CEFALEA HIPOTENSIVA I POSTPUNCIÓ DURAL (CPPD)..... | 61 |
| E. INDICADORS D'AVAUACIÓ | 64 |
| F. BIBLIOGRAFIA | 67 |
| G. ANNEXOS..... | 68 |
| ANNEX 1. Algoritme d'actuació per a l'avaluació del dolor..... | 69 |
| ANNEX 2. Eines d'avaluació del dolor traduïdes a altres idiomes | 70 |
| ANNEX 3. Full de traçabilitat del pacient amb tècniques regionals | 71 |
| ANNEX 4. Recomanacions en l'ús d'opioides intrahospitalari | 73 |
| ANNEX 5. Maneig peroperatori del pacient amb tractament crònic amb opioides | 74 |



A. OBJECTIU DE LA GUIA

Seguint la finalitat que té la Subcomissió del dolor de “millorar el dolor en tots els àmbits hospitalaris”, aquest document té com a objectius:

1. Conscienciar de la necessitat d'una correcta avaluació del DOLOR com a cinquena constant, utilitzant les escales més adients per a cada pacient.
2. Proporcionar unes guies d'utilització de fàrmacs analgèsics en funció de la intensitat del dolor del procés que presenti el pacient ADULT.
3. Proporcionar una guia actualitzada dels fàrmacs analgèsics disponibles a l'hospital.



B. AVALUACIÓ DEL DOLOR

DESCRIPCIÓ

El dolor és una experiència sensorial desagradable, subjectiu, i com qualsevol altre símptoma, problema o signe clínic, s'ha d'avaluar correctament. És considerat com un mecanisme biològic d'alarma i l'hem de considerar com un procés complex que, en ocasions, ens indica l'aparició de complicacions. La presència de dolor provoca limitacions en les activitats habituals de la persona, retard en la recuperació del pacient, augment de la morbiditat i augment de l'estada hospitalària.

El "gold estàndard" per avaluar i informar del dolor del pacient és la utilització del seu propi informe a través d'una comunicació efectiva entre el pacient i el professional. La jerarquia en la importància de les mesures d'avaluació del pacient s'inicia amb l'autoinforme, però quan el pacient és incapaç de proporcionar-nos verbalment aquest informe, haurem de tenir present que existeixen altres instruments d'avaluació del dolor per a proporcionar-nos informació i així fer un maneig adient per a cada situació. De tot això esdevé la necessitat de un protocol d'actuació (veure **Annex 1**: Algoritme d'actuació per a l'avaluació del dolor).

L'avaluació sistemàtica del dolor i la valoració de l'efectivitat del tractament permet:

- Identificar el pacient amb dolor i prevenir-lo.
- Millorar l'alleujament del dolor.
- Millorar la qualitat de la informació sobre el dolor que el pacient rep per part dels professionals.
- Disminuir les complicacions clíniques i la morbiditat, conseqüència del dolor no controlat.

L'avaluació del dolor requereix que els pacients o familiars, o els pares en el cas de pediatria i/o nounats, siguin instruïts, perquè informin als professionals sobre els canvis en la intensitat i les característiques del dolor, així com també, els professionals han d'estar instruïts en la correcta aplicació de les escales de valoració per realitzar una avaluació adient i poder dur a terme una presa de decisió adient pel maneig del dolor.

La integració del dolor com a cinquena constant vital o com a variable clínica documentada permet:

- Que els registres siguin accessibles a tots els membres de l'equip.
- Donar suport en la presa de decisions consensuades per gestionar el dolor.



OBJECTIUS

Objectiu general:

- Valorar el dolor que sent el pacient així com la seva evolució, independentment de les capacitats cognitives, de la patologia o del tipus de tractament.

Objectius específics:

- Establir un mètode segur i uniforme d'avaluació i registre sistemàtic del dolor.
- Valorar l'efectivitat del tractament.

PREPARACIÓ DEL PACIENT ABANS DEL PROCEDIMENT

PROFESSIONAL: infermera.

- Conèixer les capacitats cognitives del pacient per realitzar l'autoinforme del dolor.
- Conèixer les experiències prèvies amb dolor, els valors culturals del pacient/família, els mites sobre el dolor i els tractaments per alleugerir-lo, així com les comorbiditats que puguin estar relacionades amb la manera de percebre el dolor.
- Explicar-li que l'autovaloració és el millor mètode per conèixer la intensitat del seu dolor.
- Ensenyar-li a utilitzar l'instrument de valoració del dolor més adient al seu estat/situació.
- Explicar que quan presenti canvis en la percepció del dolor, ho ha de comunicar als professionals.
- Conèixer el mètode més adequat per valorar el dolor a nounats/pediatria, segons edat i capacitat cognitiva.

PROCEDIMENT

MATERIAL

Escala seleccionada per a cada pacient segons l'estat cognitiu.

REALITZAR LA VALORACIÓ DEL DOLOR A L'INGRÉS

- Per a la valoració del dolor, s'ha d'utilitzar sempre l'escala adequada per a cadascuna de les situacions clíniques del pacient prioritzant, sempre que sigui possible, el que expressa el pacient (l'autoinforme del pacient).
- Enregistrar el tipus d'escala utilitzada per valorar la intensitat del dolor i el valor obtingut.

Observacions

Per valorar la intensitat del dolor:

- No s'ha de preguntar al pacient si té o no dolor.
- S'ha de preguntar directament la intensitat del dolor que sent.



- Descartar factors que poden alterar la valoració del dolor com: fred, calor, separació dels pares, contacte amb el personal mèdic i/o ansietat (Nounats/Pediatria).

Tenir en compte que si el pacient presenta dolor en diferents localitzacions:

- Se li demanarà que valori la intensitat del dolor que té més intensitat en aquell moment.
- Es deixarà constància de les localitzacions i s'annotarà també les característiques del dolor en els comentaris o seguiment d'infermeria.

En el cas que el pacient expressi que té dolor, avaluar:

Localització

Permet l' anotació concreta i ajustada a les denominacions anatòmiques; es basa en les respostes que el pacient ens dona.

Qualitat/Característiques

S'ha de facilitar que el pacient expressi com és el seu dolor; l'ha de descriure amb les seves paraules. Enregistrar el que el pacient manifesti (dolor pulsatiu, crémor, etc.). És permanent, paroxíctic, períodes de remissió, diürn, nocturn, etc.

Cronologia

S'ha de reflectir des de quan es pateix el dolor, si és agut o crònic, així com la freqüència.

Factors que l'alleugen, desencadenen o incrementen

S'ha d'esbrinar què fa el pacient per alleujar el seu dolor, és a dir, que és el que l'ajuda a controlar-lo, que li desencadena o que li augmenta el dolor.

Manifestacions associades: físiques i psíquiques

Poden acompanyar el dolor, tenen gran importància per les molèsties que representen i per l'impacte que tenen en la qualitat de vida del pacient. P. ex: dificultats en la realització de les activitats de la vida diària, provocar trastorns del son, abandonament, depressió, etc.

Observacions

Permeten reflectir aquells aspectes del dolor que no s'han pogut incloure en els apartats anteriors.

REVALUACIÓ DEL DOLOR.

Per la valoració del dolor, s'ha d'utilitzar sempre l'escala adequada per a cadascuna de les situacions clíniques del pacient prioritzant, sempre que sigui possible, el que expressa el pacient (l'autoinforme del pacient).

S'utilitzarà sempre l'escala que s'ha utilitzat inicialment, mentre no hagi canviat la situació del pacient.

S'ha de fer sempre una revaluació quan s'ha produït un canvi en la situació o estat del pacient.



Si el pacient porta analgèsia de rescat:

- Valorar a tots els pacients l'efectivitat analgèsica: Tenir en compte que després de 30 o 40 minuts de l'aplicació de qualsevol dels mètodes analgèsics emprats (farmacològics o no) s'ha d'avaluar la resposta als mateixos.

En situacions crítiques en les quals el pacient presenti una elevada intensitat del dolor que no cedeix:

- Comunicar-ho al metge, aplicar el tractament prescrit i mantenir una vigilància continuada del pacient fins que el dolor disminueixi. Reavaluar-lo a continuació segons l'estat del pacient.
- No pensar que el dolor potser secundari a una sola causa, valorar la possibilitat de l'existència de diverses causes del dolor.

En reavaluar el dolor, a més de la intensitat s'ha de tenir en compte:

- Si s'han presentat modificacions en les seves característiques.
- Si porta analgèsia, valorar i enregistrar - si s'han presentat - els efectes indesitjables de la mateixa, (per exemple: somnolència, nàusees, vòmits, retenció urinària, hipotensió, diaforesi, depressió respiratòria, constipació, etc).
- Deixar constància dels mètodes complementaris als farmacològics que s'utilitzen per afavorir la disminució del dolor, per exemple: postures antiàlgiques, reducció de la mobilitat, tècniques de relaxació/distracció, estimulació cutània (fred, calor, massatges, etc.), assistència familiar, contenció (nounats/lactants), musicoteràpia, jocs, sacarosa (25%-30%).

Per a més informació sobre els procediments d'infermeria quant a dolor, podeu visitar els Procediments Generals, que es troben accessibles a través de la intranet del nostre hospital clicant al següent enllaç: http://intranet/portal/ca/hscsp/serveidinfe_procedgenera#val

DEFINICIÓ DEL GRAU DE DOLOR

El grau de dolor es correspon al nivell d'intensitat de dolor que expressa el pacient comunicatiu amb l'escala de valoració numèrica i/o amb l'escala visual analògica. S'estableixen els següents nivells de dolor:

- **No dolor. Puntuació de 0**
- **Dolor lleu. EVN/EVA \leq 3**
- **Dolor moderat. EVN/EVA de 4 a 6**
- **Dolor intens. EVN/EVA >6**

EINES D'AUTOAVALUACIÓ UNIDIMENSIONALS

1. Escala de valoració numèrica (EVN)
2. Escala visual analògica (EVA)
3. Escala descriptiva simple (EDS) o escala de valoració verbal (EVS)
4. Escala d'expressió facial (EFF) o de WONG-BAKER (FACES)



1. ESCALA DE VALORACIÓ NUMÈRICA (EVN)

És una de les escales més utilitzades tant en l'àmbit clínic com en investigació. És fàcil d'utilitzar i es pot reproduir fàcilment en qualsevol moment. Es pot utilitzar de dues maneres, amb el traç d'una línia amb el número "0" a un extrem que correspon a "cap dolor" i "10" a l'altre extrem que correspon al "pitjor dolor", o utilitzar-se com una escala verbal i demanar al pacient que valori el seu dolor del "0" al "10", sent "0" absència de dolor i "10" el pitjor dolor.

No precisa de la col·laboració motora del pacient i en el pacient postquirúrgic és més fàcil d'utilitzar que l'escala EVA.

Limitacions. S'ha detectat una prevalença d'errors entre el 5,3% i el 6,7% per manca de comprensió dels pacients.

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom de l'escala: | ESCALA EVN (Escala visual numèrica) |
| Tipus de valoració: | Unidimensional |
| Valor mínim: | No dolor = 0 |
| Valor màxim: | Màxim dolor = 10 |
| Descripció: | Valora la intensitat del dolor mitjançant números, la més utilitzada és la que va del 0 al 10, corresponent el 0 a la manca de dolor i el 10 el màxim dolor. |
| Informació al pacient: | Ensenyar-li l'escala explicant-li que és el 0 i el 10 i dir-li que ha d'indicar el número que consideri semblant al seu grau de dolor. |
| Resultats: | 0 = sense dolor 1-3 = dolor lleu 4-6 = dolor moderat 7-8 = dolor greu 9-10 = dolor insuportable |

Català
Si us plau, assenyali el número que millor descriu el seu dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor Pitjor dolor

Castellà
Por favor, indique el número que mejor describe su dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor Dolor terrible

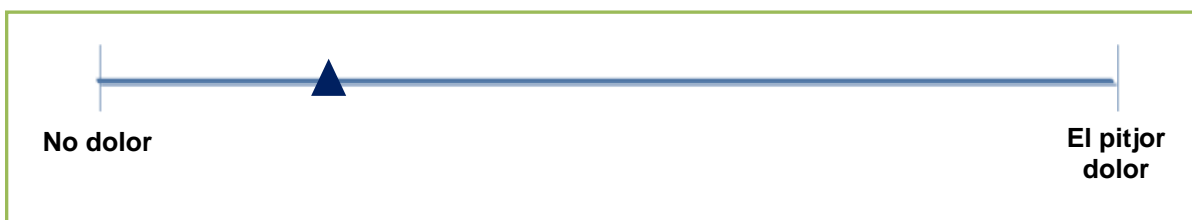
A l'**Annex 2** podem veure representada l'escala de valoració numèrica del dolor traduïda a altres idiomes



2. ESCALA VISUAL ANALÒGICA (EVA)

Valora la intensitat del dolor mitjançant una línia de 10 cm, en la qual el seu extrem esquerra es correspon a la manca de dolor i el dret amb el punt màxim de dolor (pitjor dolor).

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom de l'escala: | ESCALA EVA (Escala visual analògica) |
| Tipus de valoració: | Unidimensional |
| Valor mínim: | No dolor = 0 |
| Valor màxim: | Màxim dolor = 10 |
| Descripció: | Valora la intensitat del dolor mitjançant una línia, en la qual el seu extrem esquerre o inferior es correspon amb la manca de dolor i el dret o superior amb el punt màxim de dolor. Es considera que té una major sensibilitat de mesura, ja que no té números ni paraules que puguin condicionar o limitar al malalt. |
| Informació al pacient: | Ensenyar-li l'escala explicant que vol dir la línia i demanar-li que assenyali en quin punt situa la seva sensació dolorosa. |
| Resultats: | Transformar el resultat en una valoració numèrica del 0 al 10. 0 = sense dolor 1-3 = dolor lleu 4-6 = dolor moderat 7-8 = dolor greu 9-10 = dolor insuportable |



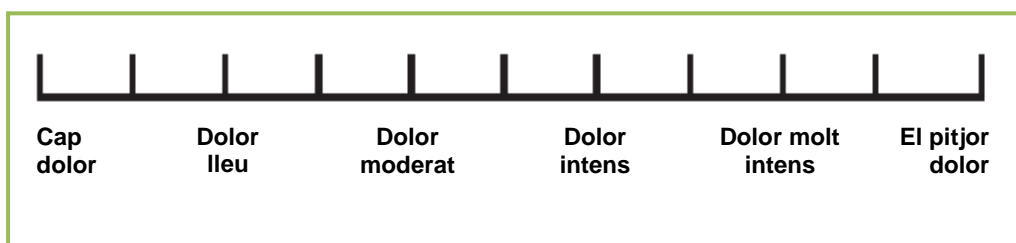


3. ESCALA DESCRIPTIVA SIMPLE (EDS) o ESCALA de VALORACIÓ VERBAL (EVS)

Es una escala d'intensitat que s'utilitza perquè el pacient realitzi una autovaloració del seu dolor utilitzant descriptors o adjectius. Es d'ús fàcil i no requereix molt de temps. Una de les més utilitzades consta de 6 adjectius: cap dolor, dolor lleu, dolor moderat, dolor intens, dolor molt intens i el pitjor dolor.

Explicar-li els diferents adjectius, demanant-li quin és el que millor defineix el seu dolor

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom de l'escala: | ESCALA EDS (Escala descriptiva simple) o EVV (valoració verbal). |
| Tipus de valoració: | Unidimensional |
| Valor mínim: | No dolor = 0 |
| Valor màxim: | Màxim dolor = 10 |
| Descripció: | Valora la intensitat del dolor mitjançant un sistema d'adjectius: cap dolor, dolor lleuger o lleu, dolor moderat, dolor intens o sever i dolor insostenible. Té l'avantatge de la rapidesa i la simplicitat, encara que de vegades el nombre d'adjectius pot limitar al malalt o ser insuficient. Es pot utilitzar només en cas que, el malalt pugui discriminar i definir el seu dolor mitjançant els adjectius. |
| Informació al pacient: | Explicar-li els diferents adjectius, demanant-li quin és el que millor defineix el seu dolor. |
| Resultats: | Transformar el resultat en una valoració numèrica del 0 al 10. 0 = No dolor 1-3 = dolor lleu 4-6 = dolor moderat 7-8 = dolor intens 9-10 = màxim dolor |

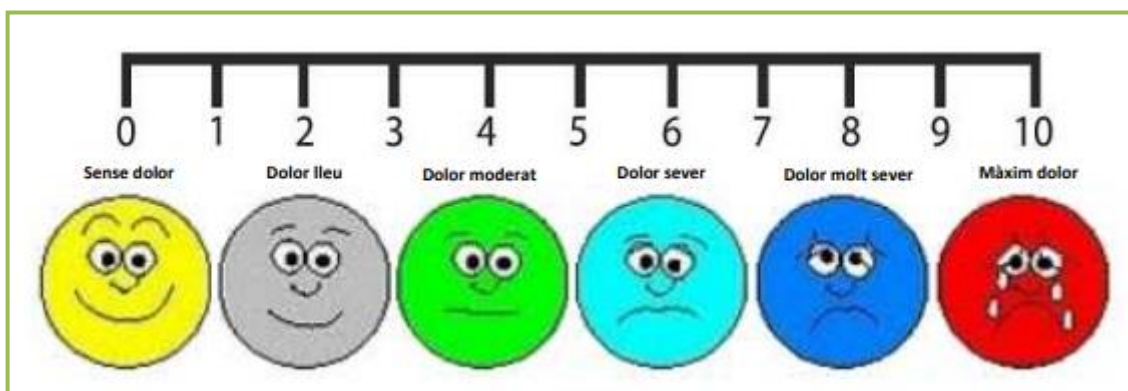




ESCALA D'EXPRESSIÓ FACIAL (EFF) o de WONG-BAKER (FACES)

Ensenyar-li l'escala explicant-li que ha d'assenyalar la cara que millor defineix el seu dolor.

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom de l'escala | ESCALA D'EXPRESSIÓ FACIAL (EEF) O DE WONG-BAKER |
| Tipus de valoració: | Unidimensional |
| Valor mínim: | No dolor = 0 |
| Valor màxim: | Màxim dolor = 10 |
| Descripció: | Valora la intensitat del dolor mitjançant la representació de cares que expressen diferents magnituds del dolor. A vegades es poden trobar les cares afegides a l'EVA o EVN de forma complementària. És útil en nens, o adults amb afectacions cognitives o limitacions del llenguatge |
| Informació al pacient: | Ensenyar-li l'escala explicant-li que ha d'assenyalar la cara que millor defineix el seu dolor. |
| Resultats: | Transformar el resultat en una valoració numèrica del 0 al 10. Cap dolor = 0 Lleuger o lleu = 1-2 Moderat = 3-4 Intens o sever = 7-8 Insuportable o insostenible = 9-10 |





EINES CONDUCTUALS DEL DOLOR

1. Escala ABBEY.
2. Escala Behavioral Pain Scale (BPS) en adults crítics no comunicatius amb ventilació mecànica.
3. Escala Behavioral Pain Scale Non Intubed (BPS-NI) en adults no comunicatius sense ventilació mecànica.

1. ESCALA ABBEY

| | |
|----------------------------|--|
| Nom de l'escala: | ESCALA ABBEY |
| Tipus de valoració: | Conductual |
| Valor mínim: | 0 |
| Valor màxim: | 18 |
| Descripció: | Escala per detectar dolor en pacients no comunicatius, i que no poden expressar clarament les seves necessitats. |
| Resultats: | 0 a 2: no dolor. 3 a 7: dolor lleu. 8 a 13: dolor moderat. ≥ a 14: dolor greu. |

| MESURA | VALORACIÓ | PUNTUACIÓ | |
|------------------------|--|-----------|---|
| VOCALITZACIÓ | Gemecs, plors, crits. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |
| EXPRESSIONI FACIAL | Tensa, arrufa les celles, ganyotes, laments, expressions de por. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |
| LLENGUATGE CORPORAL | Inquietut, protecció d'una zona, retraïment, moviments de vaivé. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |
| CANVIS DE COMPORTAMENT | Confusió, agitació, negativa a la ingesta, alteració dels patrons usuals. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |
| CANVIS FISIOLÒGICS | Alteració dels signes vitals (temperatura, FC, TA), sudoració, pal·lidesa. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |
| CANVIS FÍSICS | Erosions, lesions prèvies, contractures, artritis, àrees de pressió. | Absent | 0 |
| | | Lleu | 1 |
| | | Moderat | 2 |
| | | Greu | 3 |



2. ESCALA BPS (Behavioral Pain Scale)

Observar el **pacient** durant 1 minut i enregistrar el dolor segons la puntuació de les tres subescales: expressió facial, moviment de membres superiors i adaptació a la ventilació mecànica.

| | |
|----------------------------|---|
| Nom de l'escala: | ESCALA BPS (Behavioral Pain Scale) |
| Tipus de valoració: | Conductual |
| Valor mínim: | 3 |
| Valor màxim: | 12 |
| Descripció: | Escala per la valoració del dolor en el pacient ventilat i sota efectes de sedació. |
| Resultats: | OBJECTIU < 4 Presència de dolor ≥ 6 Dolor inacceptable > 7 |

| EXPRESSIÓ FACIAL | MOVIMENTS DELS MEMBRES SUPERIORS | TOLERÀNCIA AMB LA VENTILACIÓ MECÀNICA | PUNTUACIÓ |
|------------------------|----------------------------------|--|-----------|
| Relaxat | Sense moviments | Moviments adaptats | 1 |
| Parcialment afectat | Parcialment flexionat | Bona adaptació la major part del temps | 2 |
| Completament afectat | Completament flexionat | Lluita amb el respirador | 3 |
| Gemegant (queixant-se) | Permanentment flexionat | Impossible de ventilar | 4 |



3. ESCALA BPS-NI (Behavioral Pain Scale Non Intubed)

Observar el pacient durant 1 minut i enregistrar el dolor segons la puntuació de les tres subescales: expressió facial, moviment de membres superiors i vocalització del dolor.

| | |
|----------------------------|---|
| Nom de l'escala: | ESCALA BPS-NI (Behavioral Pain Scale Non Intubed) |
| Tipus de valoració: | Conductual |
| Valor mínim: | 3 |
| Valor màxim: | 12 |
| Descripció: | <p>Escala per la valoració del dolor en el pacient que presenta alteració de la comunicació o cognitiva.</p> <p>Observar el malalt durant 1 minut i registrar el dolor segons la puntuació obtinguda.</p> |
| Resultats: | <p>OBJECTIU < 4</p> <p>Presència de dolor ≥ 6</p> <p>Dolor inacceptable > 7</p> |

| EXPRESSIÓ FACIAL | MOVIMENTS DELS MEMBRES SUPERIORS | VERBALITZACIÓ DEL DOLOR | PUNTUACIÓ |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Relaxat | Sense moviments | No verbalitza dolor | 1 |
| Parcialment afectat | Parcialment flexionat | Queixa no freqüent ni perllongada | 2 |
| Completament afectat | Completament flexionat | Queixa freqüent i perllongada | 3 |
| Gemegant (queixant-se) | Permanentment flexionat | Queixes verbals: ai, ai! o apnea | 4 |



C. GUIA FARMACOLÒGICA DE LA PRESCRIPCIÓ ANALGÈSICA

C.1. Analgèsics i coadjuvants utilitzats a l'Hospital: Classificació, pautes de dosificació i precaucions

No es necessari posar els analgèsics en pautes alternes. Cadascun d'ells té el seu propi mecanisme d'acció i per tant té la seva pauta (dosificació i interval de dosi). La durada dels tractaments ha de ser reavaluada periòdicament

OPIOIDES

| Principi actiu | Presentació | Via d'administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|-----------------|--|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|---|
| Tramadol | 50 mg caps | vo | 50 -100 mg | 6-8 h | <ul style="list-style-type: none"> - En intoxicacions agudes originades per alcohol, hipnòtics, analgèsics, opioides o psicotròpics. - En pacients sota tractament amb IMAO o que els han rebut en el transcurs de les últimes dues setmanes. | <ul style="list-style-type: none"> - Pacients amb risc de convulsions. - Pacients amb porfíria aguda. - Pacients que estiguin en tractament amb medicaments que inhibeixen el citocrom P-450 (isoenzims CYP3A4 i CYP2D6). - Pacients en tractament amb IRSS i dosis altes de Tramadol (risc de síndrome serotoninèrgica). - Epilèpsia no controlada. |
| | 100 mg comp d'alliberament perllongat | vo | 100 mg | 12 h | | |
| | 100 mg/ml sol 30 ml (gotes) | vo | 50-100 mg | 6-8 h | | |
| | 50 mg/ml 2 ml amp | iv, sc, im | 50-100 mg | 6-8 h | | |
| Codeïna | 28,7 mg comp | vo | 28,7 mg | 6-8 h | <ul style="list-style-type: none"> - Pacients en estat de xoc. - Pacients en estat d'anòxia, especialment en | <ul style="list-style-type: none"> - Pacients amb malalties obstructives respiratòries, asma crònica. - Malalties cardiovasculars, hipotensió i taquicàrdia. - En pacients que es trobin |
| Morfina | 5, 10, 15, 30, 60, 100 mg comp d'alliberament perllongat | vo | 5-100 mg | 12 h | | |
| | 10, 20 mg comp recoberts d'alliberament immediat | vo | 2,5- 20 mg | 4 h | | |



| Principi actiu | Presentació | Via d'administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|---------------------|---|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|--|--|
| | 2 mg/ml sol | vo | 2,5- 20 mg | 4 h | presència de cianosi. - Pacients amb excessiva secreció bronquial i en l'asma bronquial. - Pacients amb depressió respiratòria o malaltia respiratòria obstructiva greu. - Pacients tractats amb IMAO o durant els 10 dies següents a la suspensió d'aquest tractament. | en tractament amb fàrmacs que deprimeixen el SNC. - Adenoma de pròstata, hipertròfia prostàtica o estenosi uretral: pot provocar retenció urinària. - Disfunció de la vesícula biliar: pot produir contracció de la vesícula biliar. - Malaltia inflamatòria intestinal greu: pot augmentar el risc de megacòlon tòxic, especialment amb dosis repetides. |
| | 10 mg/ml, 1 ml amp | iv, sc, im | 2,5- 20 mg | 4 h | | |
| | 20 mg/ml, 2 ml amp | iv, sc, im | 2,5- 20 mg | 4 h | | |
| Oxicodona | 5, 10, 20, 40, 80 mg comp d'alliberament perllongat | vo | 5-20 mg | 12 h | | - Hipotiroïdisme. - Pressió intracranial elevada o lesió cerebral. |
| | 5, 10, 20 mg caps d'alliberament immediat | vo | 5-20 mg | 4h | | |
| | 10 mg/ml 1 ml amp | iv, sc | | | | |
| Metadona | 5, 30, 40 mg comp d'alliberament perllongat | vo | | | | |
| | 5 mg/ml sol | vo | | | | |
| | 10 mg/1 ml ev | iv, sc | | | | |
| Buprenorfina | 35, 52,5, 70 µg/h Pegat transdèrmic | top | 1 pegat | 3- 4 dies | - Pacients que pateixin miastènia greu. - Pacients que pateixin delirium tremens. | |
| Fentanil | 12, 25, 50, 75, 100 µg/h | top | 1 pegat | 3 dies | | |



| Principi actiu | Presentació | Via d'administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|-----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------------|--|--|-------------|
| | Pegat transdèrmic | | | | | |
| Fentanil | 100, 200, 400, 600, 800 µg | sl | Si precisa | Iniciar amb dosi baixa. Si als 15 min no és suficient es pot repetir la dosi | | |

ANALGÈSICS MENORS

| Principi actiu | Presentació | Via de administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|----------------------|---|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Paracetamol | 500 mg comp | vo | 500-1000 mg | 8 h | - Insuficiència hepàtica greu. | - En alcohòlics crònics no s'ha d'administrar més de 2 g/dia de paracetamol. |
| | 500 mg comp efervescents | vo | | | | |
| | Paracetamol Sol 10 mg/ml 100 ml | vo | | | | |
| | Paracetamol 300 mg | rec | | | | |
| | Paracetamol 1000 mg/100 ml (10 mg/ml) | iv | | | | |
| Dexketoprofen | 50 mg / 2ml amp | im, iv | 50 mg | 8-12 h Dosi màxima 150 mg/dia | - Malalties per hipersensibilitat: asma, urticària. - Pacients amb antecedents de: | - HTA: Pot empitjorar el control de la TA per retenció hidrosalina. - Evitar l'ús concomitant amb altres agents gastrolesius. - Presa concomitant amb ACOS. |
| Ibuprofen | 400 mg comp 600 mg comp 20 mg/ml susp | vo | 400-600 mg | Cada 8 h Dosi màxima 2400 mg/dia | ✓ Úlcera gàstrica / hemorràgia GI ✓ Malaltia inflamatòria | |
| Diclofenac | 50 mg comp | vo | 50 mg | 8-12 h Dosi màxima 150mg/dia | | |



| | | | | | | |
|---------------------|---|-------------|--------------------------------|-------------------------------|--|--|
| | 100 mg sup | rec | 100 mg | dia | intestinal activa ✓ IC greu ✓ IR greu ✓ IH greu ✓ Trastorns de coagulació | |
| | 25 mg/ml 3 ml amp | im | 75 mg | 12 h | | |
| Indometacina | 25 mg caps | vo | 25-50 mg | 6-8 h | | |
| | 50 mg sup | rec | | | | |
| Metamizol | 400 mg/ml 5 ml amp (1 ampolla té 2 g de metamizol) | iv, im | 1000 mg (D màx.: 4000 mg/d) | 6-8 h | - Al·lèrgia al compost, pirazolones o pirazolidines. - Antecedents d'agranulocitosi o malalties del sistema hematopoètic. Asma per analgèsics. Intolerància als analgèsics del tipus urticària-angioedema. Porfíria hepàtica intermitent aguda. Deficiència de G-6-P-D. | - Usar amb precaució si: Trastorns de la conducció A_V, epilèpsia, disfunció tiroïdal, psicosi, glaucoma, retenció urinària, hipertròfia prostàtica. - Els pacients ancians són especialment susceptibles a presentar reaccions adverses, fonamentalment agitació, confusió i hipotensió postural. - Es recomana que la durada del tractament no excedeixi d'una setmana. - En cas de ser necessari perllongar el tractament durant més d'una setmana, s'ha de portar a terme una vigilància estreta de l'aparició de signes o símptomes d'agranulocitosi i es realitzaran, a criteri mèdic, controls del recompte sanguini, incloent la fórmula leucocitària |
| | | 575 mg caps | vo | 575 mg (D màx.: 3450 mg/d) | | |



ANTIEPILÈPTICS

| Principi actiu | Presentació | Via de administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|--------------------|---------------------|----------------------|---|-------------------------|--|---|
| Gabapentina | 100, 300, 400 mg | vo | Tant la instauració com la retirada han de ser progressives. Dosi de manteniment: 1 caps | 8 h | - Hipersensibilitat al principi actiu o algun dels seus excipients. | - Poden produir reaccions adverses, neuropsiquiàtriques i crisis convulsives de rebot. - Pancreatitis aguda. |
| Pregabalina | 25, 75, 150, 300 mg | vo | Tant la instauració com la retirada han de ser progressives. Dosi de manteniment: 1 caps | 12 h | - Hipersensibilitat al principi actiu o algun dels seus excipients. | - Poden produir reaccions adverses, neuropsiquiàtriques. - Possible guany de pes. |



ANTIDEPRESSIUS

| Principi actiu | Presentació | Via de administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|----------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|---|
| Amitriptilina | 10, 25, 50, 75 mg comp | vo | 1 comp | 12 h | <ul style="list-style-type: none"> - Hipersensibilitat al principi actiu o algun dels seus excipients. - IAM recent. - Mania. - Feocromocitoma. | <ul style="list-style-type: none"> - Usar amb precaució si: Trastorns de la conducció A_V, epilèpsia, disfunció tiroïdal, psicosi, glaucoma, retenció urinària, hipertròfia prostàtica. - Els pacients ancians són especialment susceptibles a presentar reaccions adverses, fonamentalment agitació, confusió i hipotensió postural. - Valorar de forma individual la relació benefici-risc del seu ús. |



ALTRES COADJUVANTS

| Principi actiu | Presentació | Via d'administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|---------------------|---|---------------------|---|-------------------------|--|---|
| Dexametasona | Via oral 20 mg compr 1 mg comp 4 mg comp 8 mg comp Via ev 4 mg/mL 1 mL amp 40 mg/mL 5 mL amp | vo iv | 1-10 mg/24 h en 2 a 4 dosis fraccionades inicialment, reduint la dosi gradualment durant 7 dies i suspendre 4 mg/6-8 h | | Infecció sistèmica llevat que s'empri un tractament antiinfecció específic. Úlcera d'estómac o úlcera duodenal. La vacunació amb vacunes vives durant el tractament amb elevades dosis terapèutiques de dexametasona (i altres corticosteroides) està contraindicada degut a la possibilitat d'infecció viral. | <ul style="list-style-type: none"> - Embaràs - Diabetis mellitus - Osteoporosi - Hipertensió arterial - Hipoalbuminèmia - Psicosi |
| Calcitonina | Via IM/Via sc 100 UI/ml 1mL amp | im /sc | 100 UI | 24 h | Pacients amb hipocalcèmia. | Risc de càncer* (veure nota) |

| Principi actiu | Presentació | Via d'administració | Pauta habitual (analgèsia/adults) | Interval de dosificació | Contraindicacions (sempre si consta hipersensibilitat o al·lèrgia al principi actiu o excipient) | Precaucions |
|-------------------|------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|---|
| Tizanidina | Via oral 2 mg comp 4 mg comp | vo | 2-4 mg | 8 h | <ul style="list-style-type: none"> - Trastorns greus en la funció hepàtica (veure secció 5.2). - L'administració concomitant de | <ul style="list-style-type: none"> - Hipotensió: durant el tractament amb Sirdalud, pot aparèixer hipotensió. - Síndrome de retirada: |



| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>tizanidina amb fortes inhibidors de CYP1A2, com fluvoxamina o ciprofloxacina.</p> | <p>S'ha observat hipertensió de rebot i taquicàrdia després de la interrupció brusca amb Sirdalud quan s'estava utilitzant de manera crònica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiència hepàtica: la tizanidina pot associar-se a dany hepàtic de tipus hepatocel·lular, però rarament amb dosis de fins a 12 mg, per la qual cosa es recomana realitzar proves de funció hepàtica mensuals durant els quatre primers mesos als pacients que rebin dosis iguals o superiors a 12 mg i als pacients amb símptomes d'alteració hepàtica, com nàusees sense causa aparent, anorèxia o cansament. - Insuficiència renal: en pacients amb insuficiència renal (creatinina < 25ml/min) pot augmentar l'exposició sistèmica fins a 6 vegades en comparació amb pacients amb la funció normal. Per tant es recomana iniciar el tractament amb 2 mg al dia. - Trastorns del sistema nerviós: durant els |
|--|--|--|--|--|--|---|



| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | <p>assajos clínics amb Sirdalud s'han comunicat al·lucinacions visuals en el 3% dels pacients, i sedació en gairebé en el 50% dels pacients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptius: Sirdalud s'hauria d'utilitzar amb precaució en dones que prenguin anticonceptius orals, ja que l'aclariment de la tizanidina es redueix en aquestes pacient. |
|--|--|--|--|--|--|---|

*Calcitonina i risc de càncer: Les anàlisis d'assaigs aleatoritzats i controlats que s'han dut a terme en pacients amb artrosi i osteoporosi han posat de manifest que l'ús de calcitonina està associat a un augment estadísticament significatiu de el risc de càncer, en comparació amb els pacients tractats amb placebo.

En tractaments de llarga durada, aquests assajos van demostrar un augment en el risc absolut de desenvolupar càncer que va oscil·lar entre el 0,7% i el 2,4% en pacients que van rebre calcitonina, en comparació de placebo. Els pacients inclosos en aquests assajos van rebre el tractament en formulacions orals o intranasals; però, és probable que l'augment de el risc de càncer també es produeixi quan la calcitonina s'administri de forma subcutània, intramuscular o intravenosa, especialment en tractaments de llarga durada, ja que s'espera que l'exposició sistèmica a la calcitonina en aquests pacients sigui superior a la de les altres formulacions.

ABREVIATURES:

- ACOS: Anticoagulants Orals
- Amp: Ampolles.
- Caps: Càpsules
- Col: Col·liri
- Comp: Comprimits
- IM: Intramuscular
- IV: Intravenós
- Rec: Rectal
- Sl: Sublingual
- Sol: Solució
- Susp: Suspensió
- Top: Tòpic
- VO: Via Oral

BIBLIOGRAFIA

<https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>



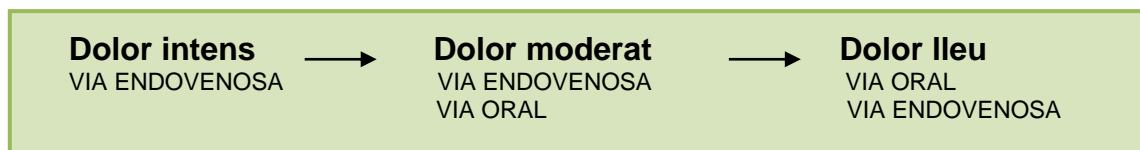
C.2. Consideracions especials segons les diferents comorbiditats

| | |
|---|---|
| Al·lèrgia als AINE | <ul style="list-style-type: none"> • Substituir AINE per Metamizol |
| Edat (> 75 i < 16 a) | <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la dosi d'opioides • Valorar AINE segons filtrat glomerular • Atenció amb el paracetamol efervescent perquè porta molt sodi |
| Insuficiència renal | <ul style="list-style-type: none"> • Lleu: disminuir la dosi d'AINE • Greu: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Allargar l'interval de dosificació de Paracetamol, Metamizol i Gabapentinoides ✓ AINE contraindicat (SI FG <40 ml/min) ✓ Disminuir la dosi d'opioides (Morfina contraindicada si FG < 30 ml/min) |
| Insuficiència hepàtica | <ul style="list-style-type: none"> • Lleu: disminuir la dosi d'AINE, Paracetamol i Tramadol • Greu: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No administrar AINE ni Paracetamol ✓ Disminuir la dosi d'opioides i Metamizol |
| Anticoagulants orals | <ul style="list-style-type: none"> • Precaució Metamizol (disminueix l'efecte dels ACO: control INR) |
| Trastorns de la coagulació / descoagulats | <ul style="list-style-type: none"> • Evitar l'ús d'AINE |
| Patologia cardíaca | <ul style="list-style-type: none"> • Amb ICC, AINE contraindicats • Amb Cardiopatia Isquèmica no administrar AINE a altes dosis • No administrar AINE de forma simultània amb AAS • Evitar el Paracetamol efervescent |
| Insuficiència respiratòria | <ul style="list-style-type: none"> • Lleu: Disminuir la dosi d'opioide • Greu: Contraindicats els opioides |



C.3. Estratègia d'aplicació de les pautes analgèsiques

1. Administrar sempre la medicació de pauta fixa encara que el pacient no tingui dolor. Es poden administrar els 2 fàrmacs de forma simultània.
2. La medicació de rescat s'ha d'administrar quan l'EVA sigui > 3 .
3. Estratègia pauta descendent.



Per passar de nivell s'han de complir les següents condicions:

- a. Dolor controlat EVA ≤ 3 .
 - b. Demanda analgèsica de rescat mínima ($< 2/\text{dia}$).
 - c. Un cop recuperada la via oral, si és possible passar a "pauta oral".
 - d. Mantenir la pauta de dolor intens un mínim de 48 h i la de dolor moderat un mínim de 24 h.
4. Iniciar tota la pauta fixa tan bon punt el pacient ingressi a la Sala, tingui o no dolor, i marcar totes les administracions fixes (*Atenció als analgèsics administrats a Reanimació: seguir la pauta ja iniciada o començar de nou).
 5. Mentre porti l'analgèsia regional amb PCA, mantenir l'analgèsia sistèmica



D. PROTOCOLS (SAP-Medicació)

D.1. Pautes analgèsiques segons la intensitat del dolor postoperatori (sense PCA)

PAUTA 1. DOLOR LLEU

| |
|---|
| 1A. DOLOR LLEU VIA ORAL |
| IBUPROFEN 600 mg/8 h + Rescat: PARACETAMOL 1 g/8 h |
| 1B. DOLOR LLEU VIA ENDOVENOSA |
| DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h + Rescat: PARACETAMOL 1 g/8 h |
| 1C. DOLOR LLEU VIA ORAL SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA |
| Metamizol 575 mg / 8 h + Rescat: PARACETAMOL 1 g/8 h |
| 1D. DOLOR LLEU VIA ENDOVENOSA SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA |
| METAMIZOL 1g/ 8h + Rescat: PARACETAMOL 1 g/8 h |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT

| |
|--|
| 2A. DOLOR MODERAT VIA ORAL |
| PARACETAMOL 1 g/8 h + IBUPROFEN 600 mg/8 h + Rescat: Tramadol 50 mg/8 h |
| 2B. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA |
| PARACETAMOL 1 g/8 h + DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h + Rescat: Morfina 4 mg/4 h *seqüencial a pauta oral a les 48 h |
| 2C. DOLOR MODERAT VIA ORAL SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA |
| PARACETAMOL 1 g/8 h + Metamizol 575 mg / 8 h + Rescat Tramadol 50 mg/8 h |
| 2D. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA |
| PARACETAMOL 1 g/8 h + METAMIZOL 1g/ 8h + Rescat: Morfina 4 mg/4 h *seqüencial a pauta oral a les 48 h |

Si el pacient es portador de tècnica regional o PCA: Pautes TR (Tècnica regional) per Anestèsia



PAUTA 3. DOLOR INTENS

3A. DOLOR INTENS VIA ENDOVENOSA (PARENTERAL ESTÀNDARD)

Paracetamol 1 g/8 h + DEXKETOPROFEN 50 mg / 8 h + MORFINA 4 mg/4 h
+ Rescat: MORFINA 2 mg/4 h (Nota: màx. 12 mg / 24 h)

3B. DOLOR INTENS ENDOVENOSA SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA

Paracetamol 1 g/8 h +
METAMIZOL 1g / 8h + MORFINA 4mg/6 h+ Rescat: MORFINA 2 mg/4 h
(nota: màx. 12 mg / 24 h)

Si el pacient es portador de tècnica regional o PCA: Pautes TR (Tècnica regional) per Anestèsia

D.2. Pautes analgèsiques amb tècniques regionals (TR)/PCA

TR-1 PCA ENDOVENOSA MORFINA

PCA MORFINA ENDOVENOSA +
PARACETAMOL 1 g/8 h +
DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h

TR2- PCA ENDOVENOSA MORFINA SENSE AINE

PCA MORFINA ENDOVENOSA +
PARACETAMOL 1 g/8 h +
METAMIZOL 1 g/8 h

TR3 -PCA EPIDURAL

PCA EPIDURAL
+ Pauta 2B. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA *

*Morfina de rescat: només a partir de la retirada de la PCA EPIDURAL, o si la perfusió es només amb AL (sense fentanil)

Si sortida de catèter passar a pauta 3A si és dolor intens

TR4- PCA EPIDURAL SENSE AINES

PCA EPIDURAL
+ Pauta 2D. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA SENSE AINES I/O EDAT AVANÇADA*

*Morfina de rescat: només a partir de la retirada de la PCA EPIDURAL, o si la perfusió és només amb AL (sense fentanil)

Si sortida de catèter passar a pauta 3B si és dolor intens



TR5- BLOQUEIG PERIFÈRIC / PARAVERTEBRAL

Bloqueig perifèric

+ Pauta 2B. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA

Si sortida de catèter passar a pauta 3A si és dolor intens

TR6- BLOQUEIG PERIFÈRIC / PARAVERTEBRAL SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA

Bloqueig perifèric

+ Pauta 2D. DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA SENSE AINE I/O EDAT AVANÇADA

Si sortida de catèter passar a pauta 3B si és dolor intens

TR7- MORFINA INTRATECAL DOSI ÚNICA

Administrar 0,2-0,4 mg morfina intratecal a nivell Lumbar (morfina epidural 0,6 mg/ml ja preparada)

A Sala PASAR A PAUTA DOLOR MODERAT VIA ENDOVENOSA (PAUTES 2B, 2 D)

“Només si no és possible bloqueig peridural i el pacient pot romandre 24 h a la Unitat de Reanimació al postoperatori”



D.3. Prescripció PCA segons via d'administració (tècnica analgèsica continua controlada per la Unitat del Dolor a les sales d'hospitalització)

Full de registre i traçabilitat del procés: Annex 3.

1. PAUTA DE PCA DE MORFINA ENDOVENOSA (TR1, TR2)

| PCA ENDOVENOSA MODALITATS D'INFUSIÓ | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|---|
| Casset: 100 ml Fàrmac: Morfina Concentració: 2 mg/ml (carregar 200 mg de morfina + 80 SF) | | | |
| | PCA BOLUS A DEMANDA | PCA PERFUSIÓ + BOLUS A DEMANDA | PCA AMB PERFUSIÓ SENSE BOLUS A DEMANDA |
| Velocitat d'infusió | 0 | 0,5-1 mg/h | 0.5-2 mg/h |
| Dosis incrementals | 1-1,5 mg | 0,5-1 mg | - |
| Temps tancament | 10 min | 20-30 min | - |
| Nre. bolus màxim/h | 4-6 | 2 | - |

2. PAUTA D'ANALGÈSIA EPIDURAL (TR3, TR4)

| PCA EPIDURAL (toràcica /lumbar) | |
|--|---|
| Ropivacaïna 0,2% o levobupivacaïna 0,125% (cartutx 200 ml) +/- Fentanil (2 mcg/ml) <i>Preparació: Retirar 8 ml AL i afegir 8 ml de Fentanil</i> | |
| PCA PERFUSIÓ + BOLUS A DEMANDA | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolus inicial ▪ Velocitat d'infusió ▪ Dosis incrementals ▪ Temps de tancament ▪ Bolus màx/hora | <p>4-6 ml AL s/nivell objectiu</p> <p>4 ml/h</p> <p>2 ml</p> <p>20 min</p> <p>3</p> |

3. PAUTA D'ANALGÈSIA REGIONAL PERIFÈRICA (TR5, TR6)

| PCA BLOQUEIG PERIFÈRIC EESS: Bloqueig interescalènic (BIE), supra-infraclavicular (SUPRA-INFRA), axil·lar (AX) | | |
|--|---|---|
| Ropivacaïna 0,2% o levobupivacaïna 0,125% (cartutx 200 ml) | | |
| | BIE/SUPRA | INFRA/AXIL·LAR |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolus inicial ▪ Velocitat d'infusió ▪ Dosis incrementals ▪ Temps de tancament ▪ Bolus màx/hora | <p>10 ml</p> <p>4-6 ml/h</p> <p>4-6 ml</p> <p>60 min</p> <p>1</p> | <p>20 ml</p> <p>6 ml/h</p> <p>6 ml</p> <p>60 min</p> <p>1</p> |



PCA BLOQUEIG PERIFÈRIC EEII: Bloqueig femoral (BFEM), Ciàtic-popliti (CIÀTIC), plexe lumbar (LUMBAR)

Ropivacaïna 0,2% o levobupivacaïna 0,125% (cartutx 200 ml)

| | FEMORAL | CIÀTIC | LUMBAR |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| ▪ Bolus inicial | 10-15 ml | 10-15 ml | 25-30 ml |
| ▪ Velocitat d'infusió | 6-8 ml/h | 4 ml/h | 6-8 ml |
| ▪ Dosis incrementals | 6-8 ml | 4 ml | 6 ml |
| ▪ Temps de tancament | 60 min | 60 min | 60 min |
| ▪ Bolus màx/hora | 1 | 1 | 1 |

4. PAUTA D'ANALGÈSIA PARAVERTEBRAL (TR5, TR6)

PCA PARAVERTEBRAL TORÀCICA

Bossa Ropivacaïna 0,375 % preparada per Farmàcia (conservar a la nevera)

| | |
|-----------------------|--|
| ▪ Bolus inicial | 20 ml Ropivacaïna 0,375 % (intraoperatori) |
| ▪ Velocitat d'infusió | 6 ml /h |
| ▪ Dosis incrementals | 6 ml |
| ▪ Temps de tancament | 60 min |
| ▪ Bolus màx/hora | 1 |



D.4. Guies de tractament del dolor intrahospitalari per especialitats i patologies

1. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B, 1C, 1D)

| | |
|-----------|--|
| CICGD0580 | Col·locació CVV/Port-a-Cath |
| CICGD0590 | Retirada CVV/Port-a-Cath |
| CICGD0800 | Biòpsia parts toves |
| CICGD0660 | Biòpsia localitzada de mama |
| CICGD0600 | Lligadura d'hemorroides |
| CICGD0650 | Extirpació quist tiroglòs |
| CICGD0760 | Biòpsia-Extirpació tumoració cervical |
| CICGD0770 | Drenatge pleural |
| CICGD0820 | Desbridament |
| CICGD0470 | Cirurgia de la fissura anal: esfinterotomia |
| CICGD0930 | Destrucció de lesions condilomatoses/displàsiques amb àcid tricloracètic (ATA) |
| CICGD0230 | Cirurgia de la glàndula tiroides |
| CICGD0730 | Cirurgia de les glàndules paratiroides |
| CICGD0790 | Cirurgia Excisió simple |
| CICGD0680 | Cirurgia conservadora de mama |
| CICGD0670 | Tumorectomia de mama |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|---|
| CICGD0020 | Cirurgia laparoscòpica antireflux |
| CICGD0040 | Cirurgia laparoscòpica dels trastorns motors esofàgics |
| CICGD0070 | Cirurgia laparoscòpica de l'estómac |
| CICGD0100 | Cirurgia laparoscòpica dels quists hepàtics |
| CICGD0120 | Resecció hepàtica per via laparoscòpica |
| CICGD0150 | Colecistectomia laparoscòpica |
| CICGD0190 | Resecció pancreàtica per cirurgia laparoscòpica |
| CICGD0170 | Cirurgia laparoscòpica de la via biliar |
| CICGD0220 | Cirurgia laparoscòpica de l'obesitat |
| CICGD0260 | Esplenectomia laparoscòpica |
| CICGD0280 | Laparoscòpia exploradora |
| CICGD0360 | Colectomia total per laparoscòpia |
| CICGD0320 | Resecció segmentària de còlon o colectomia parcial per laparoscòpia |
| CICGD0420 | Reparació d'hèrnies paret abdominal per laparoscòpia |
| CICGD0610 | Apendicectomia per laparoscòpia |
| CICGD0620 | Apendicectomia per laparotomia |
| CICGD0640 | Cirurgia per laparoscòpia d'eventració |
| CICGD0390 | Resecció de pòlip en còlon o recte |
| CICGD0410 | Reparació hèrnies paret abdominal |
| CICGD0430 | Rectopèxia + malla per laparoscòpia |



| | |
|-----------|---|
| CICGD0440 | Cirurgia del rectocele |
| CICGD0490 | Cirurgia per a la incontinença fecal |
| CICGD0460 | Cirurgia de la fístula anal |
| CICGD0480 | Cirurgia de les hemorroides o hemorroïdectomia |
| CICGD0450 | Cirurgia de l'estenosi anal |
| CICGD0500 | Extirpació de si i/o quist pilonidal |
| CICGD0690 | Mastectomia simple |
| CICGD0700 | Mastectomia radical |
| CICGD0710 | Limfadenectomia axil·lar |
| CICGD0750 | Cirurgia per laparoscòpia glàndula suprarenal |
| CICGD0880 | Hernioplàstia inguinal |
| CICGD0890 | Hernioplàstia inguinal laparoscòpica |
| CICGD0900 | Hernioplàstia umbilical |
| CICGD0340 | Reconstrucció per laparoscòpia trànsit intestinal. Tancament colostomia |
| CICGD0780 | Extirpació tumor maligne parts toves (Sarcoma) |
| CICGD0840 | Mastectomia + biòpsia selectiva del gangli sentinella (BSGS) |
| CICGD0400 | Resecció endoanal |
| CICGD0940 | Biòpsia rectal |
| CICGD0860 | Donació de teixit hepàtic per a investigació |

PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|---|
| CICGD0050 | Tractament quirúrgic de la malaltia ulcerosa |
| CICGD0010 | Cirurgia oberta antireflux |
| CICGD0030 | Cirurgia oberta dels trastorns motors esofàgics |
| CICGD0060 | Cirurgia oberta de l'estómac |
| CICGD0080 | Resecció de l'esòfag |
| CICGD0090 | Cirurgia oberta dels quists hepàtics |
| CICGD0110 | Resecció hepàtica per cirurgia oberta |
| CICGD0130 | Cirurgia de la hipertensió portal |
| CICGD0140 | Colecistectomia oberta |
| CICGD0180 | Resecció pancreàtica per cirurgia oberta |
| CICGD0200 | Derivació pancreàtica |
| CICGD0210 | Cirurgia oberta de l'obesitat |
| CICGD0240 | Resecció gàstrica per neoplàsia |
| CICGD0250 | Esplenectomia oberta |
| CICGD0290 | Resecció intestinal per cirurgia oberta |
| CICGD0350 | Colectomia total oberta amb o sense reservori |
| CICGD0270 | Laparotomia exploradora |
| CICGD0310 | Resecció oberta de còlon |
| CICGD0630 | Cirurgia oberta eventració |
| CICGD0330 | Reconstrucció oberta trànsit intestinal. Tancament colostomia |
| CICGD0370 | Resecció de recte per cirurgia oberta |
| CICGD0510 | Cirurgia de l'hèrnia diafragmàtica |
| CICGD0720 | Reconstrucció trànsit intestinal. Tancament ileostomia |
| CICGD0740 | Cirurgia oberta glàndula suprarenal |
| CICGD0160 | Cirurgia oberta de la via biliar |
| CICGD0380 | Resecció de recte per cirurgia laparoscòpica |



Consideracions:

- **CIRURGIA LAPAROSCÒPIA):** Infiltració dels portals amb AL: 20 cc ropivacaïna 0,375%+ mepivacaïna 1%
- **ERAS (Enhanced Recovery After Surgery): PCA EPIDURAL toràcica**
(L-bupivacaïna 0,0625%* o Ropivacaïna 0,1 % + Fentanil 2 µg/ml), 4 ml/h; ID 2 ml;
3 x hora
Punció nivells T7-T8: incisió subcostal; T9-T12: laparotomia mitjana



2. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA ORTOPÈDICA I TRAUMATOLOGIA (COT)

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|--|
| CICOT0050 | Biòpsia òssia o de parts toves |
| CICOT0060 | Cirurgia òssia i transferències musculotendinoses en cirurgia de la paràlisi |
| CICOT0100 | Infiltració |
| CICOT0110 | Alliberament del nervi en síndromes canaliculars |
| CICOT0210 | Tractament quirúrgic de la síndrome de compressió nerviosa |
| CICOT0250 | Tractament quirúrgic de la lesió tendinosa |
| CICOT0410 | Cirurgia de la síndrome del túnel carpià |
| CICOT0420 | Tractament quirúrgic de la Malaltia de Dupuytren |
| CICOT0430 | Tractament quirúrgic de la tenosinovitis estenosant |
| CICOT0440 | Cirurgia de tumors de parts toves, quists i ganglions |
| CICOT0690 | Tractament quirúrgic de la tensinovitis de Quervain |
| CICOT0700 | Tractament quirúrgic de l'epicondilitis/epitrocleïtis |
| CICOT0710 | Tractament quirúrgic del dit en resort |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|--|
| CICOT0080 | Cirurgia de l'entesitis i tenosinovitis |
| CICOT0130 | Obtenció d'empelt ossi autòleg |
| CICOT0170 | Recepció d'empelt ossi |
| CICOT0180 | Retirada de material d'osteosíntesi |
| CICOT0200 | Tractament quirúrgic de la síndrome compartimental |
| CICOT0260 | Artroscòpia d'espalla |
| CICOT0270 | Artroscòpia d'altres articulacions colze, canell, maluc, turmell, etc.) |
| CICOT0280 | Artroscòpia de genoll |
| CICOT0340 | Reparació de les lesions meniscals de genoll |
| CICOT0350 | Tractament quirúrgic de la síndrome subacromial i lesions del manegot rotador |
| CICOT0450 | Cirurgia de la patologia de l'avantpeu |
| CICOT0460 | Cirurgia d'hallux valgus i dits en urpa |
| CICOT0520 | Cirurgia de l'espasticitat (allargaments tendinosos, capsulotomies, osteotomies) |
| CICOT0600 | Cirurgia d'hèrnia discal cervical |
| CICOT0730 | Artròdesi de les articulacions interfalàngiques |
| CICOT0740 | Artròdesi parcial dels ossos del carp |
| CICOT0760 | Artròlisi articulacions interfalàngiques |
| CICOT0770 | Artroplàstia articulació metacarpofalàngica |
| CICOT0780 | Artroplàstia articulació interfalàngica proximal |
| CICOT0790 | Cirurgia de la rizartrosi |
| CICOT0810 | Desbridament |
| CICOT0850 | Artroplàstia de dits |
| CICOT0870 | Cirurgia de l'articulació radiocubital distal |
| CICOT0880 | Osteotomia de radi i/o cúbit |
| CICOT0890 | Tractament d'una inestabilitat escafolunar mitjançant una lligamentoplastia. Cirurgia oberta |
| CICOT0900 | Reparació de lligament col-lateral cubital de l'articulació metacarpofalàngica del polze |



PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|--|
| CICOT0010 | Allargament ossi |
| CICOT0020 | Amputació de l'extremitat |
| CICOT0030 | Artròdesi articular |
| CICOT0040 | Artròdesi de genoll, turmell o peu |
| CICOT0070 | Cirurgia de la dismetria i desaxació |
| CICOT0090 | Implant de ciments biològics i/o ceràmics |
| CICOT0140 | Osteotomia correctora de fèmur |
| CICOT0150 | Osteotomia de genoll |
| CICOT0160 | Tractament quirúrgic de la pseudoartrosi asèptica |
| CICOT0190 | Tractament quirúrgic de la rigidesa articular mitjançant artròlisi |
| CICOT0220 | Tractament quirúrgic de la fractura extraarticular |
| CICOT0230 | Cirurgia de la fractura de l'extrem proximal del fèmur |
| CICOT0240 | Tractament de la luxació, fractura-luxació i fractura articular |
| CICOT0290 | Cirurgia realinadora de l'aparell extensor del genoll |
| CICOT0300 | Cirurgia reparadora del cartílag articular (autoempelts, mosaicoplàsties, perforacions, al·loempelts, autotrasplantament condrocits cultivats) |
| CICOT0310 | Cirurgia de les lesions dels lligaments del genoll |
| CICOT0320 | Cirurgia de la luxació recidivant d'espalla |
| CICOT0330 | Reconstrucció del lligament encreuat anterior |
| CICOT0360 | Artroplàstia d'espalla |
| CICOT0370 | Implantació d'una pròtesi articular |
| CICOT0380 | Implantació d'una pròtesi total de maluc |
| CICOT0390 | Implantació d'una pròtesi total de genoll |
| CICOT0400 | Recanvi o retirada d'una pròtesi articular |
| CICOT0470 | Cirurgia reconstructiva tumoral |
| CICOT0480 | Exèresi de tumors ossis |
| CICOT0500 | Cirurgia de la malaltia de Perthes |
| CICOT0510 | Cirurgia de l'epifisiòlisi de maluc |
| CICOT0530 | Cirurgia de la luxació congènita de maluc |
| CICOT0540 | Cirurgia del peu pla infantil |
| CICOT0550 | Cirurgia del peu de pinya |
| CICOT0560 | Instrumentació i artròdesi vertebral toraco-lumbo-sacra per fractura vertebral |
| CICOT0570 | Descompressió, instrumentació i artròdesi vertebral cervical anterior per al tractament de la mielopatia cervical |
| CICOT0580 | Discectomia vertebral lumbar/toràcica. Alliberament sac radicular |
| CICOT0590 | Tractament quirúrgic de la patologia tumoral de la columna toraco-lumbo-sacra |
| CICOT0610 | Cirurgia per a la deformitat de la columna vertebral |
| CICOT0620 | Cirurgia de la discopatia degenerativa i estenosi del canal vertebral |
| CICOT0630 | Tractament quirúrgic de la patologia tumoral de la columna cervical |
| CICOT0640 | Descompressió, instrumentació i artròdesi vertebral cervical anterior per fractura / luxació cervical |
| CICOT0650 | Tractament quirúrgic de l'osteomielitis-espondilodiscitis vertebral i infeccions de columna vertebral |
| CICOT0660 | Fixació escapulotoràcica |
| CICOT0670 | Cirurgia de Darrack |



| | |
|-----------|--|
| CICOT0680 | Cirurgia de Sauvé-Kapandji |
| CICOT0720 | Carpectomia proximal |
| CICOT0750 | Artròdesi de canell |
| CICOT0830 | Cirurgia reconstructiva de lesions osteocondrals del genoll mitjançant trasplantament d'al·loempelt osteocondral fresc |
| CICOT0840 | Extirpació de tumor maligne de parts toves (sarcoma) |
| CICOT0860 | Artroplàstia de canell |

PAUTA ANALGÈSICA PER A FRACTURES DE FÈMUR

PAUTA ENDOVENOSA en règim d'hospitalització (o SAP Medicació Pauta 2 D)

PARACETAMOL 1 g/8 h + METAMIZOL 1 g/8 h

Rescat o al·lèrgies: DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h i/o MORFINA 2-4 mg/4 h

PAUTA ORAL en règim d'hospitalització (o SAP Medicació Pauta 2 C)

PARACETAMOL 1 g/8 h + METAMIZOL 575 mg 1-cap /6-8 h

Rescat o al·lèrgies: IBUPROFEN 600 mg / 8 h

i/o

TRAMADOL 100 mg/ ml (2,5 mg per gota) 4-10 gotes/8 h

(1 ml = 40 gotes). Inicialment dosi mínima i titular segons resposta

PAUTA ANALGÈSICA PER A AMPUTACIONS/DESARTICULACIONS i en pacients amb dolor neuropàtic

DOLOR INTENS

GABAPENTINA

Pauta instauració (màx. 3600 mg/dia)

300 mg/8 h durant 3 dies

400 mg/8 h durant 3 dies

600 mg/8 h

+/-

AMITRIPTILINA 10-25 mg/nit



3. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: OTORINOLARINGOLOGIA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|--|
| CIORL0010 | Adenoïdectomia |
| CIORL0070 | Miringoplàstia |
| CIORL0190 | Dacriocistorinostomia |
| CIORL0820 | Cirurgia de tumors benignes vestibulonasals |
| CIORL0460 | Drenatges timpànics |
| CIORL1100 | Resecció d'una sinèquia nasal |
| CIORL0480 | Implantació pròtesi auditiva per conducció òssia |
| CIORL0280 | Microcirurgia laríngia |
| CIORL0740 | Turbinoplàstia |
| CIORL0140 | Septoplàstia |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|--|
| CIORL0060 | Estapedectomia-estapedotomia |
| CIORL0080 | Timpanoplàstia. cirurgia del colesteatoma |
| CIORL0130 | Cirurgia endoscòpica nasosinusal per rinosinusitis |
| CIORL0330 | Resecció de quist tiroglòs o branquial |
| CIORL0350 | Parotidectomia |
| CIORL0270 | Buidament ganglionar cervical |
| CIORL0360 | Submaxil·lectomia |
| CIORL0290 | Traqueotomia |
| CIORL0430 | Paratiroïdectomia |
| CIORL0500 | Rinotomia lateral |
| CIORL0540 | Tancament endoscòpic de fístula de líquid cefaloraquidi |
| CIORL0560 | Resecció estenosi i anastomosi traqueal |
| CIORL1120 | Tractament de tumors nasals o nasosinusals mitjançant cirurgia endoscòpica endonasal |
| CIORL0640 | Cirurgia endoscòpica per al tractament de papil·loma invertit nasosinusal |
| CIORL0660 | Otoplàstia |
| CIORL0720 | Repermeabilització de les coanes |
| CIORL0700 | Petrosectomia |
| CIORL1080 | Cirurgia endoscòpica per al tractament de l'exoftalmos |
| CIORL0910 | Col·locació de pròtesi fonatòria secundària |
| CIORL0930 | Extirpació del diverticle de Zenker per via endoscòpica |
| CIORL1070 | Sialendoscòpia |
| CIORL1090 | Abordatge endoscòpic estès del si frontal mitjançant la tècnica Draf |
| CIORL1110 | Tancament quirúrgic d'una perforació septal |
| CIORL0090 | Implant coclear |
| CIORL0420 | Tiroïdectomia |
| CIORL0860 | Tiroplàstia |
| CIORL0260 | Corpectomia làser |
| CIORL0720 | Repermeabilització de les coanes |
| CIORL0930 | Extirpació del diverticle de Zenker per via endoscòpica |
| CIORL0950 | Extirpació del diverticle de Zenker per via externa |



PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|--|
| CIORL0020 | Amigdalectomia |
| CIORL0210 | Laringectomia parcial per via externa |
| CIORL0150 | Septorinoplàstia |
| CIORL0220 | Laringectomia parcial amb làser de CO ₂ |
| CIORL0200 | Laringectomia total |
| CIORL0270 | Buidament ganglionar cervical |
| CIORL0800 | Cirurgia endoscòpica nasosinusal i abordatge neuroquirúrgic via pterional per angiofibroma juvenil |
| CIORL0520 | Uvulopalatoplàstia |
| CIORL0620 | Cirurgia endoscòpica nasosinusal per al tractament de l'epistaxi |
| CIORL0970 | Resecció d'un tumor de l'espai parafaringi |
| CIORL0760 | Tractament del traumatisme nasal |
| CIORL0840 | Laringectomia total amb faringectomia total o parcial |
| CIORL0580 | Resecció neurinoma acústic |
| CIORL0880 | Amigdalectomia parcial o reducció amigdalars o amigdalotomia |
| CIORL0970 | Resecció d'un tumor de l'espai parafaringi |
| CIORL1010 | Bucofaringectomia amb o sense hemimandibulectomia |
| CIORL0500 | Rinotomia lateral |
| CIORL1050 | Hemiglossectomia amb reconstrucció |
| CIORL0990 | Glossectomia total amb reconstrucció |
| CIORL1130 | Tractament quirúrgic de tumors nasals, nasosinusals o de la base del crani mitjançant abordatge extern |
| CIORL1030 | Glossectomia parcel·laria |
| CIORL0600 | Resecció paraganglioma jugulo-timpànic via A de Fisch |



4. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: NEUROCIRURGIA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|--|
| CINRC0070 | Tractament del dolor de raquis amb tècniques de radiofreqüència |
| CINRC0080 | Radiofreqüència del gangli esfenopalatí per al tractament del dolor crònic |
| CINRC0110 | Test d'infusió |
| CINRC0170 | Registre de la pressió intracranial (PIC) |
| CINRC0350 | Tractament quirúrgic de la síndrome del túnel carpià |
| CINRC0360 | Tractament quirúrgic de l'atrapament del nervi cubital |
| CINRC0370 | Biòpsia del nervi sural |
| CINRC0400 | Recanvi generador de neuroestimulació |
| CINRC0410 | Discografia |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|---|
| CINRC0010 | Cordotomia i/o mielotomia |
| CINRC0021 | Estimulació cerebral profunda |
| CINRC0030 | Procediment de DREZ per a tractament del dolor crònic |
| CINRC0040 | Estimulació medul·lar per al tractament del dolor crònic |
| CINRC0050 | Estimulació del nervi occipital major per al tractament de la cefalea en cúmuls (cluster headache) i altres cefalees trigemin-vasculars |
| CINRC0060 | Microdescompressió vascular per a la patologia dels parells cranials |
| CINRC0090 | Estimulació de l'escorça motora per al tractament del dolor crònic |
| CINRC0100 | Tractament percutani del dolor facial (neuràlgia DEL TRIGEMIN/ neuràlgia |
| CINRC0120 | Derivació ventricle-peritoneal per al tractament de la hidrocefàlia |
| CINRC0130 | Drenatge lumbar extern |
| CINRC0140 | Tractament de l'aneurisma cerebral mitjançant un clipatge |
| CINRC0150 | Tractament de l'hemorràgia subaracnoïdal |
| CINRC0160 | Tractament d'una malformació vascular cerebral mitjançant craniotomia |
| CINRC0180 | Tractament de l'hematoma subdural crònic mitjançant trepà evacuador |
| CINRC0191 | Cirurgia de craniectomia descompressiva |
| CINRC0200 | Remodelació cranial per craniosinostosi (suturectomia avançament frontorbitari unilateral o bilateral o morcelació biparietal) |
| CINRC0210 | Tractament quirúrgic dels defectes de fusió (encefalocele, meningocele, mielomeningolipoma) |
| CINRC0240 | Cirurgia d'hèrnia discal cervical |
| CINRC0250 | Cirurgia de l'estenosi del canal cervical |
| CINRC0260 | Cirurgia d'hèrnia discal dorsal / estenosis del canal cervical |
| CINRC0270 | Cirurgia d'hèrnia discal lumbar |
| CINRC0310 | Biòpsia convencional o estereotàxica major per al diagnòstic de lesions cerebrals |
| CINRC0320 | Tractament quirúrgic de la patologia de la base cranial |
| CINRC0330 | Tractament quirúrgic dels tumors cerebrals |
| CINRC0380 | Tractament quirúrgic de lesió de nervi perifèric |
| CINRC0390 | Tractament quirúrgic de les supuracions intracranials (abscessos i empiemes cerebrals) |
| CINRC0430 | Tractament quirúrgic de lesions de la volta cranial |
| CINRC0470 | Drenatge ventricular extern |
| CINRC0490 | Tractament quirúrgic de l'hematoma cerebral espontani |
| CINRC0530 | Tractament quirúrgic de l'adenoma d'hipòfisi mitjançant endoscòpia endonasal |
| CINRC0580 | Revascularització cerebral |



PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|---|
| CINRC0220 | Craniectomia suboccipital descompressiva, laminectomia de l'arc posterior de C1 i duraplàstia per al tractament de la malformació d'Arnold-Chiari |
| CINRC0230 | Cifoplàstia per al tractament de lesions vertebrals |
| CINRC0280 | Alliberament quirúrgic de la raquiestenosi del canal lumbar |
| CINRC0290 | Cirurgia de subluxació atloaxoidea |
| CINRC0300 | Cirurgia d'espondilolistesi / espondilòlisi |
| CINRC0340 | Tractament quirúrgic dels tumors raquimedul·lars |
| CINRC0510 | Tractament quirúrgic del traumatisme cranioencefàlic (TCE) |
| CINRC0570 | Abordatge anterior lumbar per al tractament quirúrgic de la discopatia degenerativa lumbar |

Consideracions:

En cirurgies amb un sagnat profús o bé amb una hemostàsia difícil, es decidirà retardar l'inici d'AINES de 18 a 24 hores i es consensuarà la decisió després de valoració clínica per neurocirurgia (+/- TC).

NOTA: Malgrat que les hemorràgies cerebrals i les meningitis postquirúrgiques poden tenir dolor intens, les incloem en la pauta de dolor moderat per evitar l'empitjorament del nivell de consciència.

→ **Si dolor neuropàtic afegit, veure pauta 12 (pag. 54).**



5. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA PLÀSTICA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|--|
| CICPL0030 | Cobertura cutània amb empelt lliure de pell autòloga |
| CICPL0050 | Correcció quirúrgica de cicatrius |
| CICPL0060 | Extirpació - biòpsia de gangli sentinella |
| CICPL0070 | Exèresi de lesió / tumor cutani benigne |
| CICPL0080 | Exèresi de lesió cutània maligna |
| CICPL0090 | Limfadenectomia axil·lar / inguinal |
| CICPL0100 | Tractament quirúrgic de malformacions / anomalies vasculars |
| CICPL0110 | Mamoplàstia d'augment |
| CICPL0140 | Mastopèxia |
| CICPL0150 | Exèresi / ampliació de marges de melanoma |
| CICPL0160 | Reconstrucció del complex arèola-mugró |
| CICPL0200 | Retirada d'implants mamaris |
| CICPL0230 | Tumorectomia / quadrantectomia de mama |
| CICPL0250 | Biòpsia d'adenopatia |
| CICPL0260 | Biòpsia d'artèria temporal superficial |
| CICPL0270 | Biòpsia de glàndules salivals |
| CICPL0280 | Biòpsia de lesió en mucosa oral |
| CICPL0290 | Biòpsia muscular |
| CICPL0300 | Derivació limfàtica-venosa |
| CICPL0310 | Reconstrucció mitjançant empelt de teixit adipós autòleg amb tècnica tipus Coleman (Lipofilling) |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|---|
| CICPL0010 | Tractament quirúrgic de traumatismes facials |
| CICPL0020 | Cobertura amb penjalls cutanis / penjalls musculars pediculats |
| CICPL0040 | Cobertura de defectes amb penjalls microquirúrgics microanastomosats |
| CICPL0120 | Mamoplàstia de reducció |
| CICPL0130 | Mastectomia simple |
| CICPL0170 | Reconstrucció mamària microquirúrgica amb tècnica DIEP |
| CICPL0180 | Reconstrucció mamària amb implants (expansor i pròtesi) |
| CICPL0190 | Reconstrucció mamària amb teixit autòleg (penjalls pediculats) |
| CICPL0210 | Revisió de penjalls microquirúrgics |
| CICPL0220 | Extirpació de tumor maligne de parts toves (sarcoma) |
| CICPL0240 | Extirpació de tumors de les glàndules salivals (paròtide/altres) |
| CICPL0320 | Reconstrucció postparàlisi facial total o parcial |
| CICPL0330 | Transferència limfàtica amb tècnica microquirúrgica |
| CICPL0370 | Abdominoplàstia |
| CICPL0390 | Correcció de la ginecomàstia |
| CICPL0410 | Reconstrucció mamària amb implants recoberts amb matrius acel·lulars / malles |

PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|--|
| CICPL0350 | Liposucció selectiva per al tractament de limfedema o vibro-liposucció |
|-----------|--|



Consideracions:

- Valorar afegir DEXAMETASONA 4 mg/6 h en cirurgia reconstructiva.
- **DOLOR INCISIONAL en règim d'hospitalització** (Cures d'úlceres, desbridaments de seromes, drenatges d'hematomes, etc.): **CITRAT DE FENTANIL transmucosa oral 100-200 µg en forma de monodosi.**



6. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA GINECOLÒGICA I CESÀRIES

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|---|
| CIGIO0010 | Drenatge d'abscess de mama |
| CIGIO0030 | Ampliació de marges |
| CIGIO0050 | Cirurgia d'incontinència urinària amb banda lliure de tensió |
| CIGIO0060 | Biòpsia excisional de lesió mamària |
| CIGIO0090 | Conització cervical |
| CIGIO0100 | Esterilització tubàrica per laparoscòpia |
| CIGIO0110 | Exèresi de pòlip cervical |
| CIGIO0120 | Extracció quirúrgica de l'embaràs ectòpic |
| CIGIO0130 | Posada a pla de fistula mamària |
| CIGIO0140 | Biòpsia selectiva del gangli sentinella (BSGS) |
| CIGIO0190 | Histeroscòpia quirúrgica |
| CIGIO0200 | Histeroscòpia ambulatoria |
| CIGIO0230 | Raspament per aspiració / instrumental |
| CIGIO0310 | Assistència al part |
| CIGIO0320 | Exèresi de lesió vulvovaginal |
| CIGIO0340 | Tumorectomia + biòpsia selectiva de gangli sentinella (BSGS) |
| CIGIO0350 | Tumorectomia de lesió maligna de la mama |
| CIGIO0360 | Tumorectomia de lesió benigna de la mama |
| CIGIO0370 | Vaporització amb làser de lesions del tracte genital inferior (TGI) |
| CIGIO0380 | Plàstia vaginal |
| CIGIO0390 | Amniocentesi genètica |
| CIGIO0400 | Funiculocentesi |
| CIGIO0410 | Biòpsia corial |
| CIGIO0420 | Destrucció de lesions condilomatoses amb àcid tricloracètic (ATA) |
| CIGIO0430 | Plàsties tubàriques de la trompa distal per via laparoscòpica |
| CIGIO0490 | Ecografia obstètrica |
| CIGIO0500 | Cerclatge cervical |
| CIGIO0510 | Punció ecoguiada de masses annexials |
| CIGIO0540 | Annexectomia unilateral laparoscòpica |
| CIGIO0550 | Doble annexectomia laparoscòpica |
| CIGIO0560 | Exèresi quist glàndula Bartholino |
| CIGIO0570 | Avivament de marges de ferida quirúrgica (Friedrich) |
| CIGIO0590 | Laparoscòpia exploradora pe a gestació ectòpica |
| CIGIO0600 | Quistectomia ovàrica per laparoscòpia |
| CIGIO0740 | Extracció d'implant anticonceptiu subcutani |
| CIGIO0760 | Inserció d'implant anticonceptiu subcutani |
| CIGIO0820 | Inserció/extracció d'un dispositiu intrauterí (DIU) |
| CIGIO0920 | Tractament dels miomes uterins amb radiofreqüència |



PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|--|
| CIGIO0070 | Cesària segmentària transversa |
| CIGIO0080 | Cesària segmentària transversa amb esterilització tubàrica |
| CIGIO0151 | Histerectomia total més doble annexectomia per via laparoscòpica |
| CIGIO0161 | Histerectomia total simple per laparoscòpia |
| CIGIO0170 | Histerectomia total més doble annexectomia per via laparotòmica |
| CIGIO0180 | Histerectomia total simple per laparotomia |
| CIGIO0210 | Histerectomia vaginal amb plàsties vaginals |
| CIGIO0240 | Buidament axil·lar ganglionar (BAG) |
| CIGIO0270 | Mastectomia radical modificada |
| CIGIO0260 | Mastectomia + biòpsia selectiva del gangli sentinella (BSGS) |
| CIGIO0280 | Mastectomia simple |
| CIGIO0250 | Correcció de prolapse genital amb malla |
| CIGIO0290 | Miomectomia laparotòmica |
| CIGIO0301 | Miomectomia laparoscòpica |
| CIGIO0330 | Tumorectomia + limfadenectomia |
| CIGIO0440 | Plàsties tubàriques microquirúrgiques de la trompa proximal via laparotòmica |
| CIGIO0450 | Histerectomia + annexectomia bilateral ± limfadenectomia laparoscòpica |
| CIGIO0470 | Limfadenectomia retroperitoneal per laparoscòpia |
| CIGIO0481 | Histerectomia subtotal + colposacropèxia laparoscòpica |
| CIGIO0530 | Laparoscòpia exploradora |
| CIGIO0581 | Histerectomia subtotal laparoscòpica + promontofixació |
| CIGIO0610 | Vulvectomia simple |
| CIGIO0620 | Vulvectomia radical + limfadenectomia inguinal |

PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|---|
| CIGIO0220 | Laparotomia exploradora |
| CIGIO0460 | Histerectomia + annexectomia bilateral ± limfadenectomia laparotòmica |

Consideracions:

- **CIRURGIA LAPAROSCÒPIA:** Infiltració dels portals amb AL: 20cc Ropivacaïna 0,375%+ mepivacaïna 1%
- **ERAS: PCA EPIDURAL toràcica**
(L-bupivacaïna 0,0625%* o Ropivacaïna 0,1 % + Fentanil 2 µg/ml), 4 ml/h; ID 2 ml;
3 x hora

Punció nivells T9-T12



PAUTA ANALGÈSICA PER A CESÀRIA EN PACIENTS PORTADORS DE CATÈTER EPIDURAL

PCA EPIDURAL (MODALITAT INFUSIÓ CONTINUA)

| | |
|--|--|
| EPIDURAL LUMBAR + PARACETAMOL 1 g/8 h EV + DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h EV | Ropivacaïna 0,05% (BIC GINE) + Fentanil 2 µg/ml 250 ml (MCI)* Perfusió: 8 ml/h (sense bolus a demanda) Durada 30 h (Finalització predefinida) |
|--|--|

*cassette de 250 mL preparat pel Servei de Farmàcia

| *Composició solució per <i>cassette</i> 250 ml | |
|--|----------------|
| Fàrmac | Volum a afegir |
| Ropivacaïna 0,75% | 16,7 mL |
| Fentanil 50 mcg/mL | 10 mL |
| Sèrum fisiològic | 223,3 mL |

Seguir estratègia de pauta descendent (veure pauta oral en règim d'hospitalització)



7. TÈCNiques D'ANALGÈSIA EN L'EMBOLITZACIÓ DE MIOMES UTERINS

ANALGÈSIA INTRAOPERATÒRIA

| | |
|---|--|
| <p>PRIMERA OPCIO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Epidural lumbar amb catèter: ROPIVACAÏNA 0,2% + FENTANIL 3 µg/ml <ul style="list-style-type: none"> - Bolus inicial de 8 ml (ROPIVACAÏNA 0,375% + 25 µg de FENTANIL) - Programació PCA: 6 ml/h + bolus de 2 ml/cada 20 min/màxim 2 per hora | <p>+ DEXKETOPROFEN* mg/50 ml EV, des de l'inici del procediment</p> <p>+ PARACETAMOL 1g/50 ml EV, des de l'inici del procediment</p> <p>+ PANTOPRAZOL 40 mg/24 h</p> <p>+ DEXAMETASONA 4-8 mg (profilaxi nàusees i vòmits)</p> |
| <p>SEGONA OPCIO: Si hi ha contraindicacions pel bloqueig peridural</p> <ul style="list-style-type: none"> Procediment anestèsic que l'anestesiòleg consideri adequat + PCA MORFINA EV 2 mg/ml <ul style="list-style-type: none"> - Programació PCA: 1 mg/h + bolus 1 mg/cada 20 min/3 per hora | |

ANALGÈSIA POSTOPERATÒRIA A LA UNITAT D'HOSPITALITZACIÓ (prescrita per l'anestesiòleg del quiròfan)

| PRIMERES 24 HORES (ENDOVENOSA) | |
|---|---|
| <p>Pautar la PCA epidural o endovenosa (fàrmacs i dosis tal com es descriu a l'intraoperatori). Afegir:</p> <ul style="list-style-type: none"> + DEXKETOPROFEN* 50 mg/8 h EV + PARACETAMOL 1 g/8 h EV | <p>+ PANTOPRAZOL 40 mg/24 h EV</p> <p>+ GRANISETRÓN 1 amp/8 h si nàusees EV</p> <p>+ DEXAMETASONA 4-8 mg/8 h EV (si persisteixen)</p> |
| A PARTIR DE LES 24 HORES (ORAL): retirada d'analgèsia regional | |
| <ul style="list-style-type: none"> IBUPROFEN* 600 mg/8 h-12 h VO PARACETAMOL 1g/8 h VO TRAMADOL 50 mg/8 h VO <ul style="list-style-type: none"> - Deixar via venosa permeable per administrar MORFINA de rescat (MORFINA 4 mg/4 h si EVA > 4) | <p>Retirar PCA i deixar via venosa permeable</p> <p>+ OMEPRAZOL 20 mg/24 h VO</p> <p>+ PRIMPERAM EV/VO (si precisa)</p> |
| ALTA HOSPITALÀRIA | |
| <ul style="list-style-type: none"> PARACETAMOL 1g/8 h VO IBUPROFEN* 600 mg/8 h-12 h VO TRAMADOL 50 mg/8 h de rescat <ul style="list-style-type: none"> - A partir del 3r dia deixar només: PARACETAMOL/8 h + IBUPROFEN de rescat | <p>+ OMEPRAZOL 20 mg/24 h VO</p> <p>+ PRIMPERAN VO (si precisa)</p> |

Administrar tots els analgèsics a pauta fixa a la mateixa hora i cadència.

* Si intolerància o al·lèrgia a AINEs substituir per METAMIZOL 1 g/8 h EV o 1 cap/8 h VO.



8. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA CARDÍACA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|--------------------------------------|
| CICAR0090 | Implantació / recanvi de marcapassos |
|-----------|--------------------------------------|

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|---|
| CICCA0010 | Valvuloplàstia mitral |
| CICCA0030 | Implant de vàlvula aòrtica percutània o transapical |
| CICCA0040 | Bypass aortocoronari |
| CICCA0050 | Substitució valvular |
| CICCA0060 | Substitució d'aorta ascendent |
| CICCA0080 | Extracció de filferro no tolerat |

Consideracions:

- Evitar l'administració continua d'antiinflamatoris no esteroides, principalment en pacients amb cardiopatia isquèmica i tractament amb AAS.
- Si s'administra ibuprofen, administrar-lo 30 min després de l'AAS 100 mg.



9. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN LES TORACOTOMIES I EN LES FRACTURES COSTALS EN SISTEMA DE PCA

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|------------------------------------|
| CICTO0050 | Exploració quirúrgica del mediastí |
|-----------|------------------------------------|

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|--|
| CICTO0010 | Col·locació de drenatge pleural |
| CICTO0020 | Pleuroscòpia: Biòpsia pleural i talcatge |
| CICTO0030 | Biòpsia pulmonar per toracoscòpia |
| CICTO0040 | Bullectomia i pleurodesi per videotorascòpia |
| CICTO0060 | Resecció de tumor mediastínic |
| CICTO0080 | Simpatectomia toràcica per videotorascòpia |
| CICTO0090 | Toracotomia o videotorascòpia hemostàtica |
| CICTO0100 | Resecció de paret toràcica |
| CICTO0110 | Resecció pulmonar per videotorascòpia |
| CICTO0130 | Resecció de tumor mediastínic/timoma |
| CICTO0140 | Timectomia màxima en miastènia gravis |

PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP Medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| CICTO0070 | Resecció pulmonar per toracotomia |
|-----------|-----------------------------------|

Consideracions:

Intraoperatori toracotomies

D'elecció col·locació catèter paravertebral previ a l'inici de la cirurgia mitjançant tècnica ecoguiada (OPCIÓ 1 del postoperatori)

| Toracotomia oberta | Videotorascòpia |
|--|-----------------|
| AINES + paracetamol | |
| Bolus paravertebral: Ropivacaïna 0,375% 20 ml | |
| Valorar: Ketamina 0,3-0,5 mg/kg + 0,1-0,2 mg/kg/h fins 6 h postoperatori * | |



FRACTURES COSTALS

| FRACTURES COSTALS | UNILATERALS | BILATERALS |
|---------------------------|---|---|
| | OPCIÓ 1. PCA PARAVERTEBRAL TORÀCICA | OPCIÓ 2. PCA PERIDURAL TORÀCICA |
| Bolus inicial | 20 ml ROPIVACAÏNA 0,375 % | ROPIVACAÏNA 0,2 % + FENTANIL 2 ug/ml * |
| Velocitat d'infusió | 6 ml/h * | 4 ml/h * |
| Dosis incrementals | 1 ml | 2 ml |
| Temps tancament | 60 min | 20 min |
| Núm. bolus màxim a l'hora | 1 | 3 |

*segons extensió de les fractures

Per a la preparació de la PCA veure **apartat 2** (Tècniques d'analgèsia regional a COT)



10. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR AGUT POSTOPERATORI: CIRURGIA VASCULAR

PAUTA 1. DOLOR LLEU (SAP Medicació 1A, 1B,1C,1D)

| | |
|-----------|---|
| CICVA0030 | Reparació endovascular de l'aorta abdominal |
| CICVA0050 | Arteriografia armada |
| CICVA0060 | Arteriografia diagnòstica |
| CICVA0090 | Cirurgia de les varius amb el mètode C.H.I.V.A. |
| CICVA0150 | Cirurgia de l'estenosi de l'artèria renal |
| CICVA0190 | Realització de fístula arteriovenosa nadiua |
| CICVA0210 | Cirurgia convencional de les varius: fleboextracció de safena externa |
| CICVA0220 | Cirurgia convencional de les varius: fleboextracció de safena interna |
| CICVA0250 | Reparació endovascular d'aneurismes perifèrics |
| CICVA0260 | Tractament endovascular dels aneurismes viscerals |
| CICVA0280 | Reparació endovascular de l'aorta toràctica |
| CICVA0290 | Tractament endovascular de l'estenosi de l'artèria renal |
| CICVA0300 | Reparació endovascular de l'estenosi carotídia |
| CICVA0310 | Reparació endovascular del sector femoropopliti |
| CICVA0320 | Reparació endovascular de fístula arteriovenosa disfuncional |
| CICVA0330 | Tractament endovascular de la isquèmia mesentèrica |
| CICVA0340 | Reparació endovascular del sector ilíac |

PAUTA 2. DOLOR MODERAT (SAP Medicació 2A, 2B, 2C, 2D)

| | |
|-----------|---|
| CICVA0020 | Amputació menor d'extremitat |
| CICVA0070 | Revascularització extraanatòmica de les extremitats |
| CICVA0080 | Revascularització extraanatòmica de les extremitats inferiors |
| CICVA0100 | Reparació quirúrgica dels aneurismes perifèrics |
| CICVA0120 | Revascularització quirúrgica del sector femoropopliti distal |
| CICVA0140 | Tractament quirúrgic del paraganglioma carotídi |
| CICVA0160 | Reparació quirúrgica de l'estenosi carotídia |
| CICVA0180 | Reparació quirúrgica de fístula arteriovenosa disfuncional |
| CICVA0200 | Realització de fístula arteriovenosa protètica |
| CICVA0230 | Intervenció de la isquèmia aguda de les extremitats |
| CICVA0350 | Desbridament |

PAUTA 3. DOLOR INTENS (SAP medicació 3A, 3B)

| | |
|-----------|---|
| CICVA0010 | Amputació major d'extremitat |
| CICVA0040 | Intervenció d'aneurisma d'aorta toràctica |
| CICVA0110 | Tractament quirúrgic dels aneurismes viscerals |
| CICVA0130 | Tractament quirúrgic de la isquèmia mesentèrica |
| CICVA0240 | Revascularització del sector aortoiliac |
| CICVA0270 | : Intervenció d'aneurisma d'aorta abdominal |
| CICVA0350 | |



Consideracions:

- Si dolor neuropàtic afegir la **GABAPENTINA** i **AMITRIPTILINA** a la pauta analgèsica que li correspongui (veure pauta 11. Pauta de dolor neuropàtic).
- **DOLOR INCISIONAL en règim d'hospitalització** (Cures d'úlceres, desbridaments de seromes, drenatges d'hematomes, etc.): **CITRAT DE FENTANIL transmucosa oral, 100-200 µg en forma de monodosi.**

| PACIENTS NO CANDIDATS A INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA (Alta a domicili) | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Isquèmia crònica graus 3 i 4 | <p>PARACETAMOL 1 g/8 h VO +/- METAMIZOL 575 mg /8 h VO</p> <p>Si analgèsia insuficient: TRAMADOL 50 mg/8 h VO o FENTANIL transdèrmic 12 µg (1 pegat cada 3 dies durant 15 dies) o, si el pacient ho tolera, augmentar a 25 µg cada 3 dies o BUPRENORFINA transdèrmica 17,5-35 µg (1/2-1 pegat) cada 3 dies</p> |
| PACIENTS PENDENTS D'INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Isquèmia aguda i crònica graus 3 i 4 | <p>1a opció: METAMIZOL 1 g/6 h EV +/- MORFINA EV 4-6 mg/4 h (3-5 mg/6 h si insuficiència renal)</p> <p>2a opció: MORFINA EV en perfusió contínua a 0,5-1 mg/h, si el dolor no es controla amb <i>bolus</i></p> <p>Medicació de rescat: PARACETAMOL 1 g/8 h VO</p> |



11. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR NEUROPÀTIC EN EL PACIENT INGRESSAT

DOLOR NEUROPÀTIC EN REGIM D'HOSPITALITZACIÓ

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Neuràlgies postquirúrgiques• Neuràlgies traumàtiques• Herpes• Neuropatia diabètica• Neuràlgies del trigemin / facial• Altres etiologies | <p>GABAPENTINA</p> <p><u>Pauta instauració</u> (màx. 3600 mg/dia)</p> <p>300 mg/8 h durant 3 dies</p> <p>400 mg/8 h durant 3 dies</p> <p>600 mg/8 h</p> <p>+/- AMITRIPTILINA 10-25 mg/12-24 h</p> <p>+/- DEXAMETASONA 4 mg/ 6h EV</p> |
|--|---|



12. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR PER AIXAFAMENTS VERTEBRALS EN EL PACIENT INGRESSAT

DOLOR PER AIXAFAMENTS VERTEBRALS EN REGIM D'HOSPITALITZACIÓ

- Enfonsaments vertebrals osteoporòtics

IBUPROFEN 400-600 mg/8 h VO

o

DICLOFENAC 50 mg/8 h VO

+ PARACETAMOL 500 mg-1 g/8 h VO

+ TRAMADOL 50 mg/8h-12 h (en pacients amb elevada comorbiditat i risc de quadre confussional donar TRAMADOL gotes: 5 gotes = 12,5 mg

+ CALCITONINA 100 ui s.c.

Rescat o contraindicació als AINE:

METAMIZOL 575 mg/6 h VO

TENS (Clínica del Dolor)

Valorar estabilització de columna per COT segons resultats de la TC

Durada del tractament: Segons evolució del dolor



13. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT ONCOLÒGIC AFECTAT DE MUCOSITIS

Tècnica controlada per la Clínica del Dolor (Servei d'Anestesiologia)

Via d'administració: **sempre endovenosa**

Principals serveis implicats:

1. Hematologia
2. Oncologia Mèdica
3. Oncologia Radioteràpica

| DOLOR LLEU | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mucositis grau I | PARACETAMOL 1 g/8 h + <u>Rescat</u> : METAMIZOL 1 g/6-8 h o DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h (Si no hi ha contraindicacions) |
| DOLOR MODERAT | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mucositis grau II | PARACETAMOL 1 g/8 h + METAMIZOL 1 g/6-8 h o DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h (Si no hi ha contraindicacions) + <u>Rescat</u> : MORFINA 4 mg/4-6 h |
| DOLOR INTENS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mucositis grau III-IV | Pauta A: MORFINA 4-6 mg/4 h (2-3 mg/4 h si insuficiència renal) + <u>Rescat</u> : PARACETAMOL 1 g/8 h o DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h (si no hi ha contraindicacions) |
| | Pauta B: * PCA MORFINA EV + <u>Rescat</u> : PARACETAMOL 1 g/8 h o DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h si no hi ha contraindicacions) |



*** PCA MODALITAT D'INFUSIÓ**

Casset: **100 ml**

Fàrmac: **MORFINA**

Concentració: **2 mg/ml**

| | | PCA BOLUS A DEMANDA | PCA PERFUSIÓ + BOLUS A DEMANDA |
|------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|
| ADULT | Velocitat d'infusió | 0 | 0,3-1 mg/h |
| | Dosis incrementals | 1 mg | 0,3-1 mg |
| | Temps tancament | 8-10 min | 8-10 min |
| | Nre. <i>bolus</i> màxim a l'hora | 4-6 | 4-6 |
| PEDIATRIA | Velocitat d'infusió | 0 | 10-20 µg/kg/h |
| | Dosis incrementals | 10-20 µg/kg | 10-15 µg/kg |
| | Temps tancament | 15 min | 15 min |
| | Nre. <i>bolus</i> màxim a l'hora | 3 | 3 |



14. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT ONCOLÒGIC PAL-LIATIU I QUE PRECISA OPIOIDES

| DOLOR MODERAT – SEVER (EVA > 4) | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Pacient oncològic pal·liatiu i que precisa opioides | <p>1a opció: TRAMADOL 50-100 mg/6-8 h VO/SC/IV o CODEÏNA 30-60 mg/6-8 h VO</p> |
| | <p>2a opció: MORFINA retardada 15-30 mg/12 h VO o OXICODONA retardada 10-20 mg/12 h VO o FENTANIL 25 µg: 1 pegat/72 h via transdèrmica o METADONA 2,5-5 mg/8-12 h VO</p> |
| | <p>2a. Si analgèsia suficient: mateixa pauta i controls. 2b. Si analgèsia insuficient:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MORFINA retardada: 40-60 mg/12 h i anar augmentant fins a 200-250 mg/12 h - OXICODONA retardada: 20-60 mg/12 h i anar augmentant fins a 100 mg/12 h - FENTANIL: 50 µg/3 dies i anar augmentant fins a 150 µg/72 h - METADONA: 7,5 mg/8 h i anar augmentant fins a 20 mg/8 h |
| | <p>Medicació de rescat: Per dolor de base: MORFINA 10 mg/4-6 h Per dolor puntual: FENTANIL 100-400 µg quan ho necessiti (màx. 5 cops/dia)</p> |

Disposem de les següents presentacions i dosis:

- MST (MORFINA retardada): 5, 10, 15, 30, 60, 100 i 200.
- Oxycontin (OXICODONA retardada): 5, 10, 20, 40, 80.
- FENTANIL transdèrmic: 25, 50, 75 i 100.
- METADONA: Solució oral 5mg/ml o Metasedin 5, 30, 40.
- Sevredol (MORFINA sulfat): 10, 20.
- Actiq (FENTANIL transmucós): 200, 400, 600, 800, 1200, 1600.
- Abstral (FENTANIL sublingual): 100, 200, 300, 400, 600, 800.

Veure: Taula de conversió d'opioïdes a l'Annex 4.

Es disposa d'una **GUIA DE PRÀCTICA CLÍNICA HOSPITALÀRIA PER AL PACIENT PAL-LIATIU**, on trobareu el tractament del dolor més ampliat a altres fàrmacs i tècniques.



15. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT AMB LUMBÀLGIA AGUDA

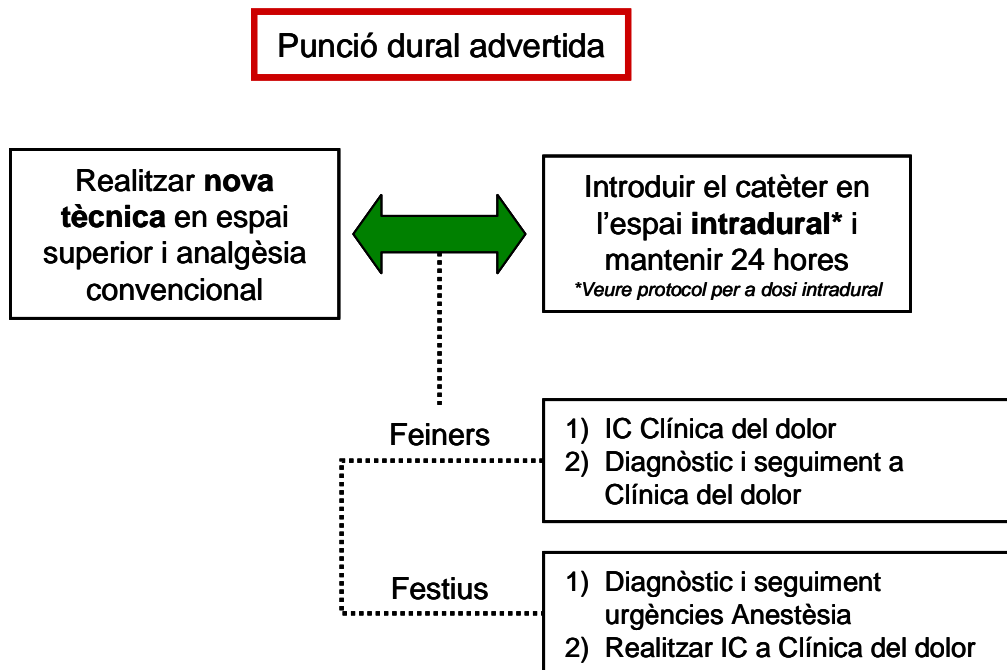
Analgesia en funció del dolor

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Lumbàlgia amb/sense radiculàlgia | DOLOR LLEU (EVA ≤ 3) |
| | AINE VO (IBUPROFEN 400-600 mg/8h) DICLOFENAC 50 mg/8 h/NAPROXEN 250-500 mg/12 h) |
| | +/- |
| | PARACETAMOL |
| | DOLOR MODERAT (EVA 3-6) |
| | AINE EV (DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h) o AINE VO |
| | ± PARACETAMOL 1 g/8 h EV/VO |
| | ± TIZANIDINA 2 mg/12 h (pauta inicial) |
| | Medicació de rescat: TRAMADOL 100 mg/8 h EV |
| | Si radiculàlgia: DEXAMETASONA 4 mg/8 h EV |
| DOLOR INTENS (EVA ≥ 6) | |
| PARACETAMOL 1g/8 h EV i AINE EV (DEXKETOPROFEN 50 mg/8 h) | |
| + TIZANIDINA 2 mg/12 h (pauta inicial) | |
| Medicació de rescat: MORFINA 4-6 mg/4 h (0,07-0,1 mg/kg/4 h) | |
| Si radiculàlgia: DEXAMETASONA 4 mg/8 h EV | |



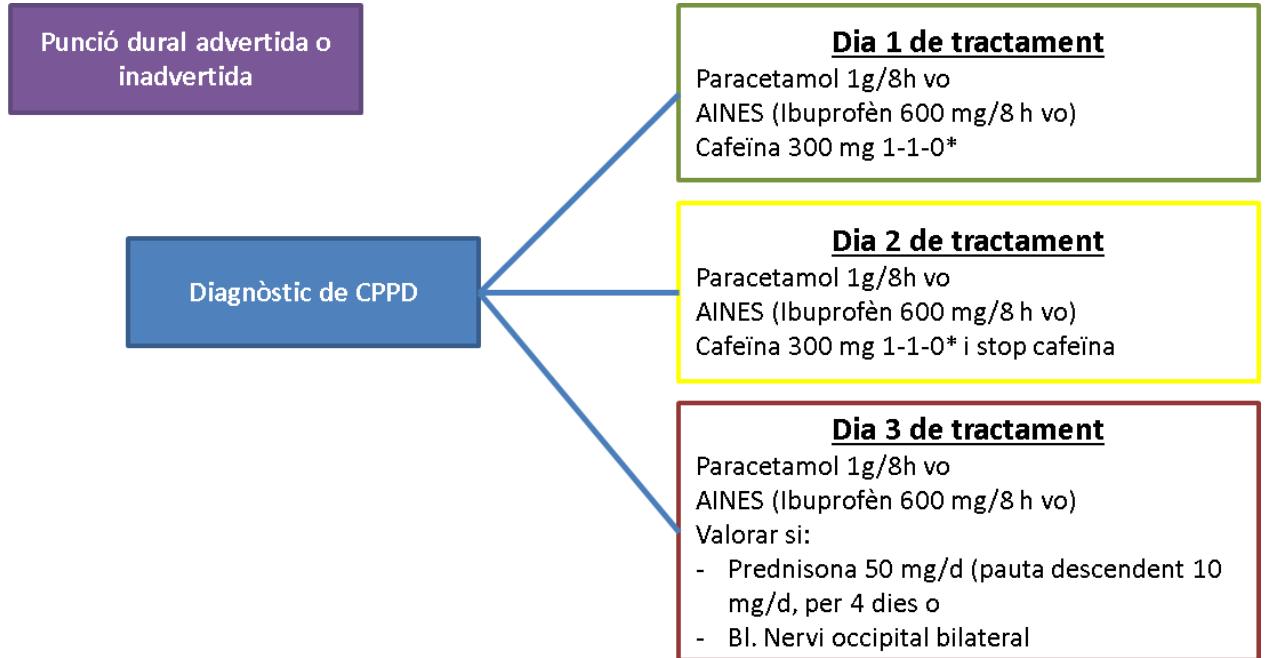
16. PAUTES DE TRACTAMENT DEL DOLOR EN EL PACIENT AMB CEFALEA HIPOTENSIVA I POSTPUNCIÓ DURAL (CPPD)

Algoritme d'actuació en la CPPD





Tractament de la cefalea postpunció dural (CPPD)



*La cafeïna està contraindicada en la pre-eclàmpsia, HTA crònica, trastorns epilèptics, taquiarítmia cardíaca, intolerància a la cafeïna i al ingesta de cafeïna en les últimes 4 hores. Només 2 dies de tractament.



Criteris diagnòstics de la cefalea postpunció dural (CPPD)

CRITERIS DE JONES PER DEFINIR L'APARICIÓ DE CPPD I LA SEVA INTENSITAT

CEFALEA POSTPUNCIÓ DURAL (CPPD)

DEFINICIÓ:

1. Presentació després de la mobilització.
2. Localització occipital i/o frontal.
3. Empitjorament per la posició erecta o asseguda.
4. Cefalea acompanyada d'acúfens, vòmits, rigidesa de nuca i trastorn visuals. (Criteris de Driessen).

INTENSITAT:

1. LLEU: No interfereix l'activitat normal del pacient.
2. MODERADA: Precisa decúbit supí periòdicament per alleugerir el dolor.
3. SEVERA: Precisa decúbit supí mantingut i tractament analgèsic intens.

**** Si clínica de CPPD però no hi ha constància de punció dural i és rebel al tractament → sol·licitar prova d'imatge: RM**



E. INDICADORS D'AVUACIÓ

Per tal de poder avaluar el protocol, detectar problemes i/o desviacions i posar mesures correctores, s'han descrit uns indicadors que parteixen de la situació clínica actual, prioritzant la qualitat i la seguretat de les intervencions.

Els indicadors de monitoratge del dolor els hem agrupat en 2 categories i els estàndards proposats s'han elaborat a partir de la literatura i de la situació inicial.

MONITORATGE DEL DOLOR

El control del dolor es una prioritat social i sanitària i un signe d'eficiència, qualitat i bona practica clínica. La detecció i valoració del dolor s'ha de realitzar de manera sistemàtica a tots els pacients atesos, per tal de poder iniciar tractament o revisar-lo.

El dolor postquirúrgic és un patiment innecessari que es pot prevenir, controlar i pal·liar en la majoria dels casos. Si hi ha una elevada prevalença de malalts amb intensitat del dolor postquirúrgic > a 3 (EVN/EVA) o > a 4 (BPS), cal revisar tractaments i/o establir accions de millora.

Per a la valoració dels pacients que presenten dolor, es realitzen 2 talls transversals/any intentant que hi hagi una mostra mínima de 30 casos en les unitats de serveis especials (Urgències, UCI, Nounats, etc.).

En el cas d'hospitalització, es pot valorar a tots els pacients ingressats i en qualsevol moment, mitjançant l'aplicatiu BO.

1. **Avaluació del dolor en totes les unitats.**

Indicador núm. 1: Avaluació periòdica del dolor un cop per torn

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració del dolor un cop per torn}}{\text{Total de pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients amb valoració de la intensitat del dolor amb escala validada en els 3 torns.

Població: Pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi.

Estàndard: 95%

Indicador núm. 2: Avaluació del dolor en les primeres 24 h de l'ingrés

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració del dolor en les primeres 24 hores de l'ingrés}}{\text{Total de pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients amb valoració de la intensitat del dolor amb escala validada, durant les primeres 24 h de l'ingrés, en qualsevol torn.

Població: Pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi.

Estàndard: 100%



Indicador núm. 3: Primera avaluació del dolor a l'arribada a la unitat d'hospitalització.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb valoració del dolor a l'arribada la unitat}}{\text{Total de pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients amb valoració de la intensitat del dolor amb escala validada. Ha de constar el primer registre del dolor en el torn que rep el pacient a la unitat.

Població: Pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi.

Estàndard: 100%

Indicador núm. 4: Prevalença de pacients amb EVA/EVN >3 durant l'ingrés

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb ENV > 3 o BPS > 5 dues o mes vegades durant l'ingrés hospitalari}}{\text{Total de pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients que han presentat durant l'ingrés hospitalari una intensitat de dolor, mesurada amb escala, > 3 (ENV) o > 5 (BPS).

Població: Pacients donats d'alta de la unitat durant un període d'estudi.

Estàndard: < 25% Consens: Comissió del dolor + PQA

2. Avaluació del dolor en les unitats quirúrgiques.

Indicador núm. 5: Prevalença de pacients amb EVA > 3 durant les 24 hores post intervenció quirúrgica

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb ENV > 3 o BPS > 5 dues o mes vegades durant les 24 hores post intervenció quirúrgica}}{\text{Total de pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 24 hores, durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients que han presentat durant les 24 hores post cirurgia una intensitat de dolor, mesurada amb escala, > 3 (ENV) o > 5 (BPS).

Població: Pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 24 hores, durant un període d'estudi i amb protocol d'analgèsia adequat i prescrit.

Estàndard: < 25% Consens: Comissió del dolor + PQA



Indicador núm. 6: Prevalença de pacients amb EVA >3 a les 48 hores post intervenció quirúrgica

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb dolor (ENV > 3 o BPS > 5) a les 48 hores post intervenció quirúrgica}}{\text{Total de pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 48 hores, durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients que han presentat a les 48 h post cirurgia una intensitat de dolor, mesurada amb escala, > 3 (ENV) o > 5 (BPS).

Població: Pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 48 hores, durant un període d'estudi i amb protocol d'analgèsia adequat i prescrit.

Estàndard: < 10%

Indicador núm. 7: Registre de la valoració del dolor post quirúrgic durant 48h

Fórmula:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb ENV > 3 o BPS > 5 dues o mes vegades durant les 48 hores post intervenció quirúrgica}}{\text{Total de pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 48 hores, durant un període d'estudi}} \times 100$$

Termes: El numerador inclou els pacients que han presentat durant les 48 h post cirurgia una intensitat de dolor, mesurada amb escala, > 3 (ENV) o > 5 (BPS).

Població: Pacients postquirúrgics donats d'alta de la unitat amb estada superior a 48 hores, durant un període d'estudi i amb protocol d'analgèsia adequat i prescrit.

Estàndard: < 25% Consens: Comissió del dolor + PQA



F. BIBLIOGRAFIA

- AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Ref: MUH(FV), 15/2018. Metamizol y riesgo de agranulocitosis. 30 de octubre de 2018.
- Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA). Acute Pain Management: Scientific Evidence. 5ª ed. 2020. Disponible en: <http://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/>
- Català E, Santeularia T. (2011) Elaboración de un proyecto de gestión de una Unidad de Dolor Agudo (UDA). En: Carrascosa AJ. (Ed). Implantación y desarrollo de la gestión por procesos en una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio. (pp 57-66) MRA.
- Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. J Pain. 2016;17(2):131-57.
- Mariano ER, Dickerson DM, Szokol JW. Harned M., Mueller JT. et al. A multisociety organizational consensus process to define guiding principles for acute perioperative pain management. Reg.Anesth Pain Med 2022;47:118-27.
- Muñoz I, Roses L, Piñeiro A. (2020) Funciones de la enfermera en el manejo del dolor. En: Català E. (Ed). Manual del tratamiento del dolor (4 ed pp 569-93) Permanyer.
- Santeularia T, Genové M. (2020). Dolor postoperatorio. En: Català E. (Ed). Manual del tratamiento del dolor (4 ed pp 355-305). Permanyer.

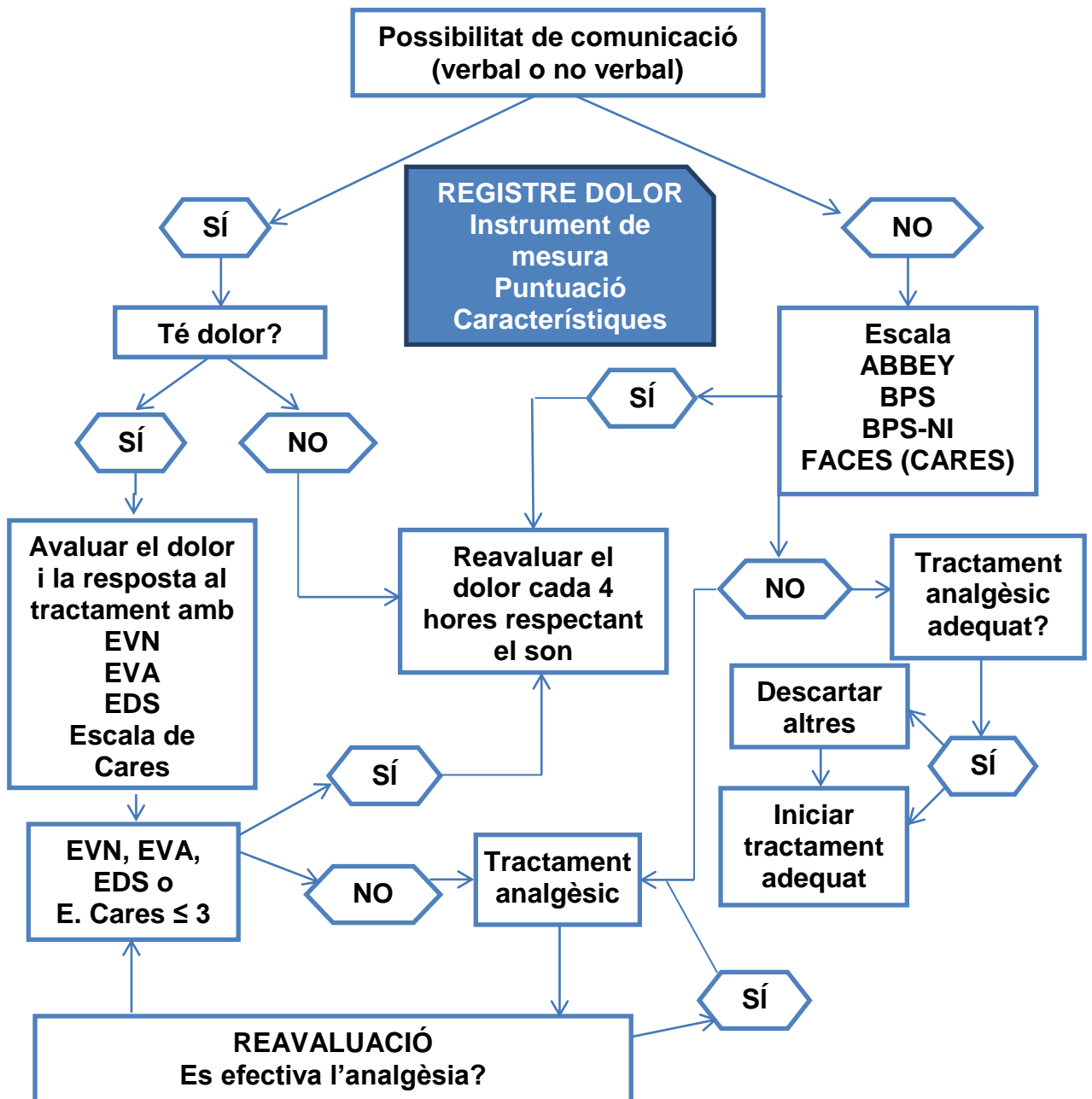


G. ANNEXOS

- Annex 1. Algoritme d'actuació per a l'avaluació del dolor
- Annex 2. Eines d'avaluació del dolor amb altres idiomes
- Annex 3. Full de traçabilitat del pacient amb tècniques regionals
- Annex 4. Recomanacions en l'ús d'opioides intrahospitalari
- Annex 5. Maneig peroperatori del pacient amb tractament crònic amb opioides



ANNEX 1. Algorisme d'actuació per a l'avaluació del dolor





ANNEX 2. Eines d'avaluació del dolor traduïdes a altres idiomes

Anglès

Please point to the number best describes your pain

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No pain

Terrible pain

Francès

Veuillez indiquer le chiffre qui décrit le mieux votre douleur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas de douleur

Douleur intense

Alemanys

Deuten Sie bitte zu der Zahl, die ihren Schmerzen am besten entspricht

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kleine Schmerzen

Fürchterliche Schmerzen

Italià

Per piacere indica il numero che descrive meglio il tuo dolore

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore

Dolore terribile

Xinès

請指出那個數字反應你痛的程度。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

無痛

劇痛

Rus

Пользуясь десятибалльной шкалой, укажите, пожалуйста, насколько сильно Вы чувствуете боль.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Боли нет совсем

Очень сильная боль

Japonès

痛みの強さの度合を0-10までの段階で示して下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ゼロ 全く痛みがない

激痛



ANNEX 3. Full de traçabilitat del pacient amb tècniques regionals



FULL DE SEGUIMENT DE LES TECNIQUES D'ANALGÈSIA REGIONAL

Etiqueta pacient

Quiròfan

Dia ___/___/___

Tipus catèter _____ (_____) Comprovat sí no
 (distància pell en cm) Fixació: LOCKIT Steri-Strip EPI-FIX

Prescripció mèdica SAP

- seguint protocol corresponent al tipus de bloqueig
 altres (especificar) _____

Consulta Clínica del dolor

Incidències no sí (especificar) _____

Facultatiu _____

Reanimació (Anestèsia)

- Canvis pla analgèsic prescrit a quiròfan no sí →
- Nova tècnica no sí →
- Retirada de la tècnica no sí →
- Bloqueig motor a l'alta no sí
- Mobilització del catèter no sí (_____) (distància pell en cm)

NOVA prescripció reanimació al SAP-medicació
 no sí

→

* Nova IC a Clínica del Dolor
 no sí

STOP prescripció quiròfan al SAP-medicació
 no sí

→

* Nova IC a Clínica del Dolor
 no sí

Incidències no sí (especificar): _____

Facultatiu: _____

*Qualsevol resposta "sí" ha de generar una nova consulta a Clínica del Dolor i nova prescripció al SAP, si cal.



Reanimació (Infermeria)

Dia ___/___/___ Hora _____

Confirmació de Pacient / Identificació Activa _____

Confirmació Via d'Administració i Prescripció segons protocols

- Endovenosa: ≤ 2 mg/h (programació en mg) _____
- Epidural Toràctic: 4 ml/h + ID: 2 ml cada 20' màx. 3 bolus / h _____
- Epidural Lumbar: 4 ml/h + ID: 2 ml cada 20' màx. 3 bolus / h _____
- Paravertebral: 6 ml/h + ID: 6 ml cada 60' màx. 1 bolus / h _____
- Bloqueig perifèric EESS: 4-6 ml/h + ID: 4-6 ml cada 60' màx. 1 bolus / h _____
- Femoral: 6-8 ml/h + ID: 6-8ml cada 60' màx. 1 bolus / h _____
- Ciàtic/Popliti: 4 ml/h + ID: 4 ml cada 60' màx. 1 bolus / h _____
- Altres (fora de protocol) _____

Confirmació Via d'Administració i Prescripció fora d'aquests protocols

- Via _____
- Perfusió _____ + Bolus: ___ cada ___ màx. ___ bolus / h _____
- Motiu prescripció fora de protocol:
 - Indicació facultativa _____
 - Altres (especificar) _____

Confirmació Fàrmac

Morfina (ev) Concentració: 1 mg/ml 2 mg/ml

ROPIVACAÏNA 0,2% _____

+ 2 µg/ml Fentanil _____

Sense Fentanil _____

LEVOBUPIVACAÏNA 0,125% _____

+ 2 µg/ml Fentanil _____

Sense Fentanil _____

ROPIVACAÏNA 0,375% _____

Confirmació Bossa retolada ("Fentanil") _____

Confirmació Absència aire Equip _____

Confirmació Bloqueig PCA (LL2) _____

Comprovació polsador PCA (perilla) _____

Comprovació Volum Reservori / Encebat Equip (-20cc del TOTAL):

Ropivacaïna 0,2% (180 ml) Ropivacaïna 0,375% (230 ml) Morfina (90 ml)

Comprovació absència bloqueig motor _____

Informació al pacient funcionament de la PCA (bolus de comprovació) _____

Nom professional qui prepara, programa i administra _____



ANNEX 4. Recomanacions en l'ús d'opioides intrahospitalari

1. En dolor agut en el pacient hospitalitzat, veure protocol de la intranet: "Opioides en el dolor agut en pacients hospitalitzats. Recomanacions sobre la millora de la seguretat en el seu ús".
2. En el pacient prequirúrgic en tractament crònic amb opioides, veure Annex 5: "Maneig peroperatori del pacient amb tractament crònic amb opioides".
3. Taula de conversió d'opioides (a continuació).

TAULA DE CONVERSIÓ DELS DIFERENTS OPIOIDES: ORAL VS. TRANSDÈRMICS

| TRAMADOL ORAL mg | MORFINA ORAL mg | OXYCODONA ORAL mg | FENTANIL PEGATS µg/h | BUPRENORFINA PEGATS µg/h | TAPENTADOL ORAL mg |
|------------------|-----------------|-------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| 150 - 300 | 30 - 89 | 10-40 | 25 | 35 | 75 – 225 |
| 450 | 90 - 149 | 40-60 | 50 | 52,5 | 225 – 375 |
| 600 | 150 - 199 | 60-100 | 75 | 70 | 375 - 500 |
| | 200 - 249 | 100-150 | 100 | 2 x 70 | |
| | 250 - 299 | | 125 | | |
| | 300 - 349 | | 150 | | |
| | 350 - 399 | | 175 | | |
| | >200 | | 200 | | |

calculadora on line

<http://www.semeregentabria.org/calc/bocalc.htm>



ANNEX 5. Maneig peroperatori del pacient amb tractament crònic amb opioides

MANEIG PEROPERATORI DEL PACIENT AMB TRACTAMENT CRÒNIC AMB OPIOIDES

PREOPERATORI

1.- Identificar GRUP RISC:

- DOLOR CRÒNIC → Valorar IC U Dolor
- ADDICTES
- DESHABITUACIÓ } → IC A Toxicomanies

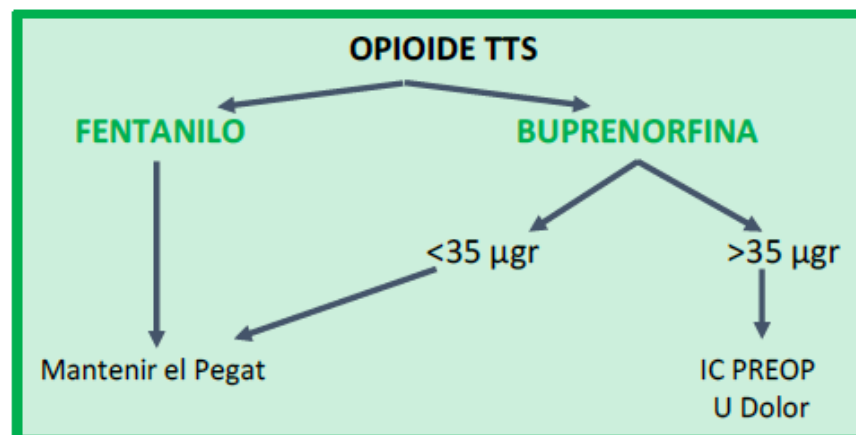
2.- Determinar i fer constar en el Preop:

- TIPUS OPIOIDE
- DOSI DIARIA
- VIA ADMINISTRACIÓ

3.- MANTENIR TRACTAMENT PREOP OPIOIDE:

OPIOIDE ORAL

Administrar dosi habitual el matí de la cirurgia (2 h abans)



OPIOIDE INTRATECAL

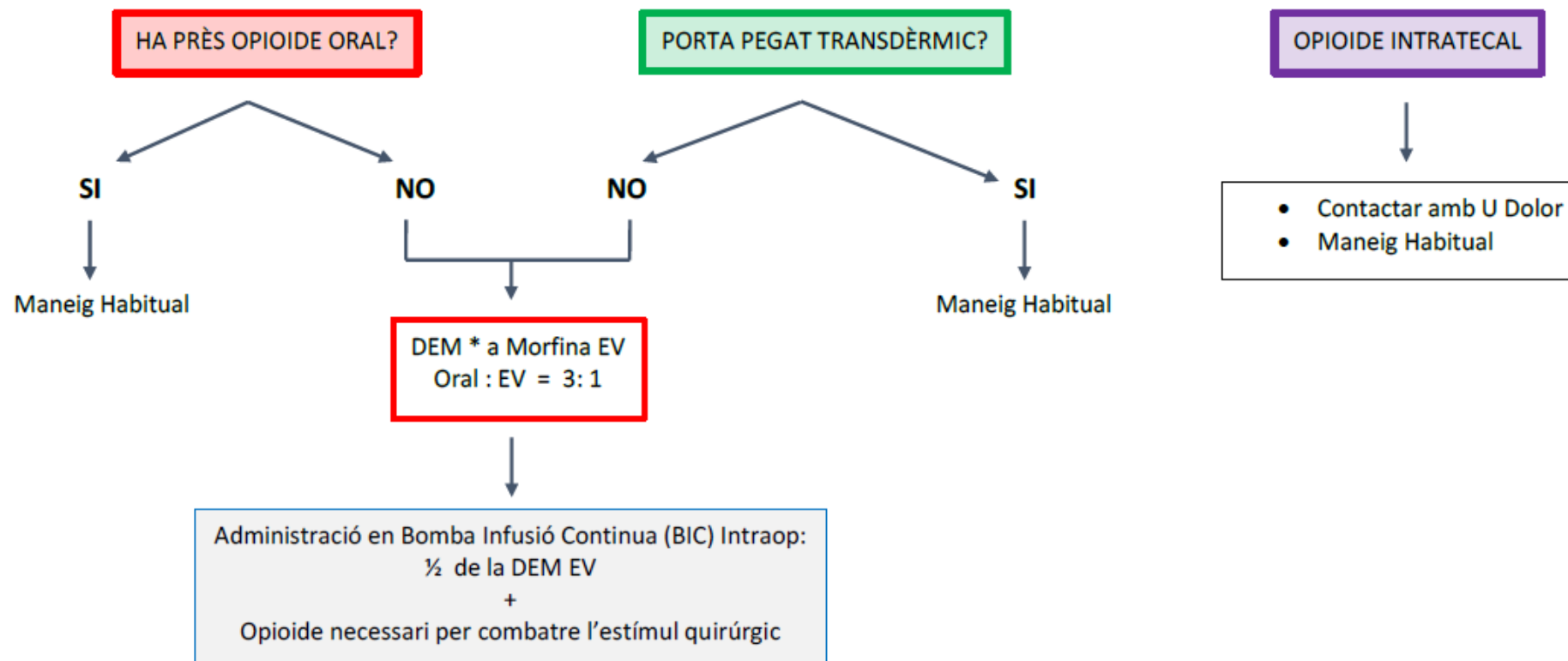
Contactar amb U Dolor per notificar dia de la cirurgia *

*Observacions del PREOP: "Avisar a Unitat del Dolor" a l'ingrés o el dia de la cirurgia.



INTRAOPERATORI

VERIFICAR I COMPROVAR DOSI PREVIA D'OPIOIDE I VALORAR SI HAN HAGUT CANVIS

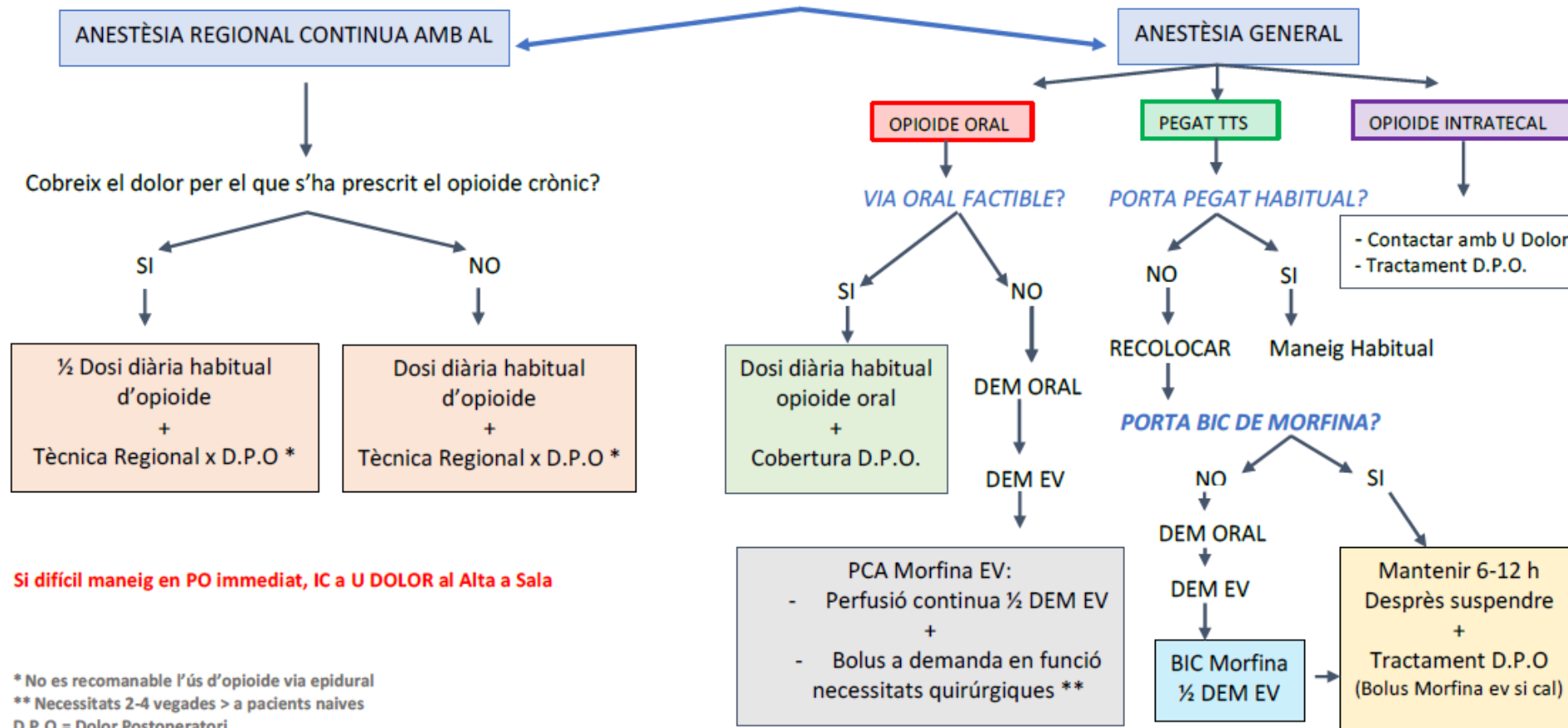


* DEM = Dosi Equivalent de Morfina Oral que consumeix el pacient
Veure Annex 1: Dosis equipotents aproximades de Opioides (Modificat www.1aria.com)



POSTOPERATORI:

REVISAR PAUTA D'OPIOIDE HABITUAL



Si difícil maneig en PO immediat, IC a U DOLOR al Alta a Sala

* No es recomanable l'ús d'opioide via epidural

** Necessitats 2-4 vegades > a pacients naives

D.P.O.= Dolor Postoperatori