

Regione del Veneto

Azienda Unità Locale
Socio Sanitaria



DISTRETTO SOCIO SANITARIO
OSPEDALE DI COMUNITA' VALDAGNO



Protocollo per
la terapia del dolore

Terapia del Dolore: protocollo Ospedale di Comunità

Questo protocollo è stato elaborato nell'intento di assicurare a tutti i pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità un trattamento del dolore che consenta il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile in relazione alla malattia presentata.

In particolare per i pazienti neoplastici in fase avanzata si calcola che circa l'80% presenta sintomatologia algica di intensità severa per la quale il Medico di Medicina Generale è impegnato a proporre un trattamento adeguato.

Il dolore viene definito come *"una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata ad un danno reale o potenziale dei tessuti"*. Esso è l'insieme di ciò che sente e soffre il paziente e la sua percezione è il risultato di eventi complessi che comprendono aspetti cognitivi ed emozionali.

Il dolore è quindi un sintomo soggettivo in grado di determinare reazioni emotive e comportamentali; quando diviene cronico determina cambiamenti significativi di personalità, stili di vita e capacità funzionali del paziente.

In ogni fase della malattia il dolore deve sempre essere combattuto in quanto determina una reazione di stress nell'organismo con i relativi effetti negativi (incremento del tono muscolare, aumento del consumo di ossigeno e produzione di acido lattico, vasocostrizione generalizzata, aumento della frequenza cardiaca, riduzione della funzione immunitaria,...).

Valutazione clinica del dolore

La valutazione delle caratteristiche del dolore è indispensabile al fine della diagnosi e per l'impostazione di una corretta terapia.

Il dolore può essere classificato come:

- **Somatico**: interessa i nocicettori cutanei, ossei, miofasciali, muscoloscheletrici ed è quasi sempre ben localizzato (es. dolore da metastasi ossee).
- **Viscerale**: coinvolge i nocicettori viscerali quali pleura, peritoneo e muscolatura liscia. Di solito è maldefinito, profondo, spesso accompagnato da nausea, vomito, confusione mentale.
- **Neuropatico**: dovuto ad infiltrazione e compressione del SNC o SNP. Il dolore è spesso urente, con parestesie e sensazione di "scossa elettrica".

L'associazione di dolore fisico e aspetti psichici quali ansia, rabbia, depressione, viene definita **dolore totale**.

Con il termine **baseline pain** si descrive l'intensità media del dolore presente per almeno 12 ore in un giorno mentre il termine **breakthrough pain** definisce la comparsa di transitori e acuti incrementi del dolore in pazienti neoplastici sottoposti a terapia antalgica.

I principi generali nella valutazione clinica e nel trattamento del dolore possono essere così sintetizzati:

- ☞ *Crede ai disturbi lamentati dal paziente (" il dolore è ciò che il paziente dice essere dolore").*
- ☞ *Eseguire una accurata **anamnesi** (comprendendo anche la valutazione dello stato psicologico del paziente) e **visita medica**.*
- ☞ *Instaurare il **trattamento antalgico** prevedendo un adeguato **follow up**. **Adattare la terapia** in relazione alla risposta ottenuta.*
- ☞ *Somministrare i farmaci ad **orario fisso** assicurando una copertura continua. Prevedere sempre la somministrazione di **terapia al bisogno** segnandola in grafica.*
- ☞ *Utilizzare la **via orale** tutte le volte che è possibile.*
- ☞ *Utilizzare **tutte le classi di farmaci** da sole o in associazione senza trascurare l'uso dei farmaci **adiuvanti**.*
- ☞ *Prevedere e trattare gli **effetti collaterali**.*

Misurazione del dolore

In allegato alle linee guida è presente il documento con le scale per la misurazione del dolore utilizzate presso l'UOSD Lungodegenza che vengono adottate anche in Ospedale di Comunità

La misurazione del dolore secondo la scala NRS viene effettuata dall'infermiere 3 volte nelle 24h, alle 8.00, 14.00, 20.00.

Per il paziente con deficit cognitivi viene usata la scala PAINAD.

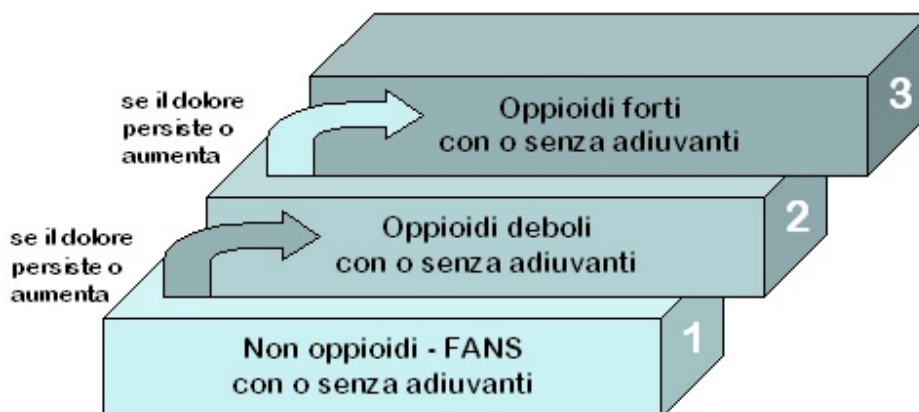
La misurazione del dolore inoltre viene effettuata prima di prescrivere la terapia antalgica, per valutarne l'efficacia e per determinarne le variazioni.

Il dolore infatti deve essere trattato in base alla sua intensità.

In sintesi, dopo misurazione, il dolore viene così raggruppato:

- **DOLORE LIEVE (intensità 2-4):** l'infermiere somministra terapia come da grafica
- **DOLORE MODERATO (intensità 5-7):** l'infermiere somministra la terapia al bisogno indicata dal MMG
- **DOLORE SEVERO (intensità 8-10):** l'infermiere contatta il MMG o medico della CA/ Medico di guardia del Dipartimento.

TRATTARE IL DOLORE SECONDO LA SCALA A TRE GRADINI DELL'OMS



FANS DI USO PIU' COMUNE

| FARMACO | DOSE / DIE | INTERVALLO |
|--------------|----------------|------------|
| PARACETAMOLO | 1000 - 3000 mg | 4 - 6 h |
| IBUPROFENE | 200 - 400 mg | 8 h |
| KETOPROFENE | 50 - 100 mg | 8 h |
| PIROXICAM | 20 - 40 mg | 24 h |
| DICLOFENAC | 50 - 100 mg | 8 h |
| NIMESULIDE | 100 - 200 mg | 12 h |
| A.S.A. | 500 - 1000 mg | 8 h |
| | | |

A causa degli effetti collaterali la terapia non dovrebbe essere protratta oltre dieci giorni.

OPPIOIDI DEBOLI

TRAMADOLO

- Ha una potenza analgesica di un quinto rispetto alla morfina.
- Eliminazione prevalente per via renale.
- Effetti collaterali: convulsioni, ansia, nervosismo, agitazione, allucinazioni, tremore.

DOSAGGIO: per os o im. 50 - 100 mg ogni 4-6 h. **Dose max 400 mg / die.**

CONFEZIONI: gocce orali 10%, **una goccia = 2,5 mg.**

- cps da 50 mg.
- cpr a rilascio prolungato da 100, 150, 200 mg.
- supposte 100 mg

CODEINA

- E' di solito associata al paracetamolo.
- Ha una potenza analgesica di un decimo rispetto alla morfina.
- Effetti collaterali: sonnolenza, nausea, vomito, stipsi, depressione respiratoria.

DOSAGGIO:

- per os, im, ev, sc, 15 - 60 mg ogni 4 h (05 mg / Kg) Dose max 200 mg die.

Il prontuario ospedaliero prevede la codeina solo in associazione con paracetamolo

OPPIOIDI FORTI

MORFINA

- Farmaco agonista dei ricettori mu.
- Eliminazione per via renale.
- Effetti collaterali: sonnolenza, nausea, vomito, stipsi, depressione respiratoria, aritmia, acidosi metabolica, collasso.
- Antidoto: Naloxone, ev, im, sc, 04 - 2 mg. Ripetere la dose ogni 2-3 minuti fino al max 10-20 mg.

PREPARAZIONI

- ORAMORPH SCIROPPPO : 2 mg / ml = 10 mg ogni 5 ml.
- ORAMORPH gtt.: 4 gtt=5mg
- MS CONTIN cpr da 10, 30, 60, 100 mg.
- MORFINA FIALE sc. ev: 10,
-

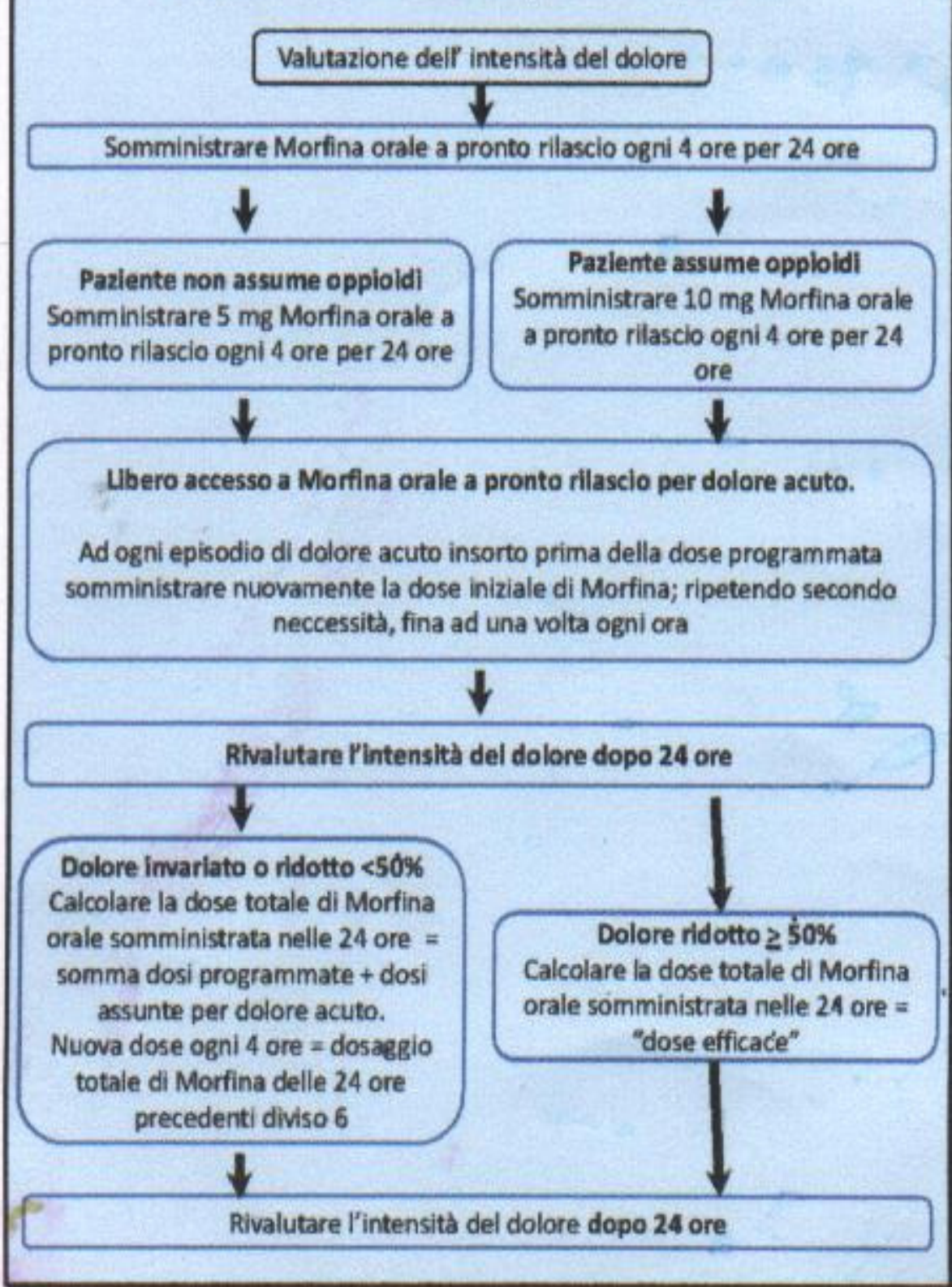
Per il trattamento del dolore cronico è necessaria la **titolazione della morfina**, ossia la ricerca della dose individuale ottimale per l'analgesia.

E' consigliabile iniziare con le formulazioni di morfina a pronto rilascio per os da somministrare ogni 4 h fino ad ottenere una analgesia adeguata.

Si passerà poi, eventualmente, alla formulazione a lento rilascio ogni 12 h una volta definita la dose efficace.

Per la titolazione della morfina vedi le tabelle .

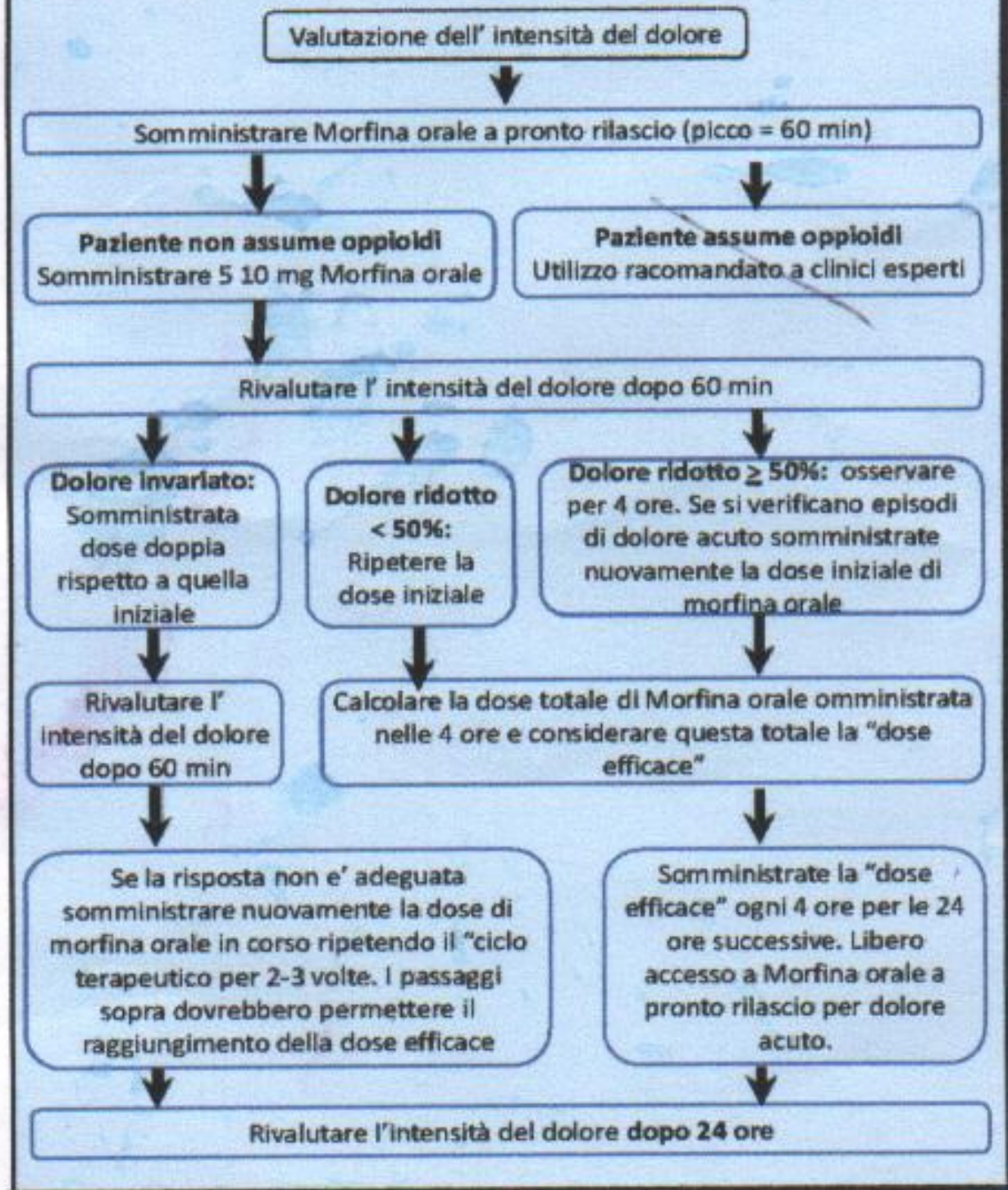
TITOLAZIONE IN 24 ORE di morfina orale a pronto rilascio



- Schemi riportati da **E. Campora**, *Terapia del dolore oncologico: Manuale pratico*. Cipomo Edizione 2008, www.cipomo.it

TITOLAZIONE RAPIDA

di morfina orale a pronto rilascio



DOSE RESCUE

Il paziente con terapia antalgica in corso potrebbe presentare un dolore acuto. Se il paziente è in trattamento con morfina, tale dolore sarà trattato con morfina orale a pronto rilascio corrispondente al 20% della dose totale di morfina assunta nelle ultime 24 h (dose salvataggio o dose rescue).

Se il paziente è in trattamento con altro oppioide a rilascio controllato il dosaggio delle 24 h dell'oppioide in corso va convertito nell'equivalente dose di morfina. Quindi, il 20% dell'equivalente in morfina sarà somministrato in forma di morfina orale a pronto rilascio (dose rescue).

Per la conversione vedi le tabelle di conversione degli oppioidi.

RAPPORTO DI EQUIPOTENZA FRA MORFINA PER OS E ALTRE VIE:

- MORFINA PER OS / MORFINA RETTALE: RAPPORTO 1:1.
- MORFINA PER OS / MORFINA PER EV: RAPPORTO 1:3.
- MORFINA PER OS / MORFINA SOTTOCUTE: RAPPORTO 1:3.

Quanto sopra è molto importante poiché significa che:

i malati non più in grado di assumere morfina per os devono ricevere una dose equivalente di morfina per via parenterale che corrisponde pertanto ad un terzo della dose somministrata per via orale.

Questa dose totale va suddivisa per 6 in modo da somministrare ogni 4 h oppure messa in infusione continua con fisiologica (21-30 ml/ora).

La morfina non ha un dosaggio massimo.

L'effetto analgesico è dose - dipendente e la dose assunta è proporzionale alla tolleranza.

EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPIOIDI

| Tradizionali | Emergenti |
|--|---|
| Depressione respiratoria | Edema polmonare |
| Nausea | Neurotossicità quali Allucinazioni Deficit cognitivi Mioclonie/crisi epilettiche Iperalgesia/allodinia Sedazione profonda/coma |
| Costipazione | Effetti immunitari |
| Sedazione | Ipopituitarismo ipogonadismo |
| Altri prurito, anafilassi, tremore, ritenzione urine | |

Fentanyl

Oppioide sintetizzato. Azione analgesica molto maggiore della morfina.

Agonista puro dei recettori μ . Metabolismo epatico.

Effetti collaterali: sonnolenza, nausea, vomito, stipsi, aritmia, depressione respiratoria, collasso.

Antidoto: Naloxone ev, im, sc, 0,4 - 2 mg. Ripetere ogni 2-3 minuti fino al massimo di 10-20 mg.

Dosaggio: TTS 25 - 300 mcg/ h.

Le concentrazioni terapeutiche non sono raggiunte fino a 24 h dopo l'applicazione iniziale. Il dosaggio iniziale può essere aumentato dopo 3 giorni.

In caso di interruzione del trattamento sono necessarie, in media, 17 h per la riduzione sierica del 50% del Fentanyl.

Ossicodone

E' un derivato semisintetico della tebaina.

Analgesia costante e continua per 12 ore.

Raggiungimento dello Steady-state in 24 h

Preparazioni:

- Cpr in associazione con paracetamolo (Depalgos 5,10,20)
- Cpr da 5,10,20,40,80 mg (Oxycontin)

Buprenorfina

Pur essendo 30 volte più potente della Morfina ha un'efficacia minore.

Agonista dei ricettori μ e delta, blocca i recettori K. Metabolismo epatico.

Ha un'effetto tetto di circa 1 mg / 24 h per via im. (effetto tetto = da un certo valore in poi dosi maggiori non aumentano l'attività analgesica ma solo gli effetti collaterali). I pazienti trattati con Buprenorfina richiedono una dose di morfina più alta di quelli trattati con altri oppioidi per ottenere lo stesso effetto analgesico. La somministrazione per via sub-linguale permette un assorbimento diretto del farmaco evitando il primo passaggio epatico.

Dosaggio massimo giornaliero 1,2 mg.

Preparazioni:

- compresse 0,2 mg (ogni 4 h) (Temgesic cpr)
- fiale im, ev 0,3 mg (Temgesic fiale)
- cerotti 35 mcg / h - 52,5 mcg / h - 70 mcg / h (Transtec)

Farmaco non disponibile da prontuario ospedaliero

Metadone

Oppioide sintetico. E' considerato l'oppioide più adatto nel paziente con dolore neuropatico che non beneficia del trattamento con Morfina ed altri agonisti. Rispetto alla morfina ha una più rapida penetrazione nel SNC. L'analgesia è di 6-8 ore. Può essere somministrato ogni 8-12 ore.

Metabolismo epatico. Eliminazione renale e biliare

ROTAZIONE DEGLI OPIOIDI

Consiste nel passaggio dal trattamento con un oppioide ad un altro o il passaggio da una via di somministrazione ad un'altra. Principali indicazioni alla rotazione sono: la scarsa efficacia della analgesia ed effetti collaterali intollerabili.

CONVERSIONE DA TRAMODOLO(es.15mg/die) A FENTANYL

1° giorno: applicare un cerotto di FENTANYL mantenendo la terapia precedente.

2° e 3° giorno: Interventi al bisogno (anche fans) fino alla sostituzione del primo cerotto.

Alla settantaduesima ora: Valutate l'effetto analgesico ottenuto e quindi confermare o incrementare il dosaggio al Fentanyl tts.

CONVERSIONE DA CODEINA(ES.90MG/DIE) A FENTANYL

1° GIORNO: Applicare il cerotto da 25 di F mantenendo la precedente terapia.

2° e 3° giorno: Interventi al bisogno (anche fans) fino alla sostituzione del primo cerotto.

Alla settantaduesima ora: Valutare l'effetto analgesico ottenuto e quindi confermare o incrementare il dosaggio di Fentanyl

CONVERSIONE (SHIFT) DA MORFINA A FENTANYL

1° Giorno: Applicare un cerotto di F da 25 avendo cura di mantenere invariato il dosaggio di Morfina

2° e 3° giorno: Scalare fino ad azzerare il dosaggio di Morfina. Intervenire aggiungendo dosi al bisogno.

Alla settantaduesima ora valutare l'effetto analgesico ottenuto e quindi confermare o incrementare il dosaggio di Fentanyl tts.

TABELLA DI CONVERSIONE DA MORFINA A FENTANILE TRANSDERMICO

In letteratura esistono diverse tabelle per la conversione di cui indichiamo due esempi.

| MORFINA PER OS | FENTANILE TTS | FENTANILE TTS | MORFINA IM-SC |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mg/die | Mg/die | Microgor/die | Mg/di |
| 30-90 | 0,6 | 25 | 8-22 |
| 91-150 | 1,2 | 50 | 23-37 |
| 151-210 | 18 | 75 | 38-52 |
| 211-270 | 1,8 | 100 | 53-67 |
| 271-330 | 2,0 | 125 | 68-82 |
| 331-390 | 3,6 | 150 | 83-97 |
| 391 | 4,2 | 175 | 98-112 |
| 451-510 | 4,8 | 200 | 113-127 |
| 511 | 5,4 | 225 | 128-142 |
| 571 | 6,0 | 250 | 143-157 |
| 631 | 6,6 | 275 | 158-172 |
| 650 | 7,2 | 300 | 173-187 |

| MORFINA PER OS | FENTANILE TTS | FENTANILE TTS | MORFINA IM-SC |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mg/die | Mg/die | Microgr/die | Mg/di |
| 60 | 0,6 | 25 | 20 |
| 120 | 1,2 | 50 | 40 |
| 180 | 18 | 75 | 60 |
| 240 | 1,8 | 100 | 80 |
| 300 | 2,0 | 125 | 100 |
| 360 | 3,6 | 150 | 120 |
| 420 | 4,2 | 175 | 140 |
| 480 | 4,8 | 200 | 160 |
| 540 | 5,4 | 225 | 180 |
| 600 | 6,0 | 250 | 200 |
| 660 | 6,6 | 275 | 220 |
| 720 | 7,2 | 300 | 240 |

Conversione da Buprenorfina TTS > Morfina per OS

| BUPRENORFINA TTS | | MORFINA PER OS |
|-------------------------|---------------|-----------------------|
| 35 (MICROGRAMMI/ H) | = 0,6MG/ DIE | = 60 MG |
| 52,5 (MICROGRAMMI/H) | =1,2 MG/ DIE | = 90 MG |
| 70 (MICROGRAMMI7 H) | = 1,6 MG /DIE | = 120 MG |

CONVERSIONE DA FENTANYL TTS > BUPRENORFINA TTS

| FENTANYL TTS | BUPRENORFINA |
|---------------------|---------------------|
| 25 | 35 (MICR./ H) |
| 50 | 70 |
| 75 | 105 |
| 100 | 140 |

L' EQUIVALENZA ANALGESICA TRA MORFINA E METADONE E' DIPENDENTE DALLA DOSE DI MORFINA ASSUNTA

1. Morfina < 100 mg >>>>>>>>>>>>>>>Metadone 4 volte piu' potente.
2. Morfina tra 90 e 100 mg >>>>>>>>>>>>>>>Metadone 8 volte piu' potente.
3. Morfina > 300 mg >>>>>>>>>>>>>>>Metadone 12 volte piu' potente.

FARMACI ADIUVANTI

Nel trattamento del dolore i farmaci adiuvanti sono sempre somministrati insieme ad uno o piu' analgesici. Essi comprendo: antidepressivi, anticonvulsivanti, corticosteroidi e difosfonati.

ANTIDEPRESSIVI.

Utili in caso di depressione, insonnia e dolore neuropatico.

- Triciclici (amitriptilina per os 10-25-50 mg/die alla sera).
- Duloxetina (Cymbalta, Xeristar: iniziare con 30 mg poi passare a 60 mg /die)

ANTICONVULSIVANTI

Alleviano i dolori associati alla invasione neoplastica dei nervi.

- Carbamazepina 100-200 mg per os
- Gabapentin 100-400mg x3
- Pregabalin 25 - 50-75 mg x 2-3 die

BIFOSFONATI

Utile nelle metastasi ossee.

CORTICOSTEROIDI

Attività analgesica, antinfiammatoria, stimolano l'appetito e migliorano il tono dell'umore.

- Betametasone
- Prednisone (Deltacortene) 5-25 mg/24h
- Metilprednisolone (Solumedrol) 125-250 mg/24h
- Desametasone (Decadron) 4-24 mg/24h

SEDAZIONE

Gli oppioidi devono essere somministrati come farmaci utili per il controllo del dolore e della dispnea e non come farmaci sedativi.

La sedazione deve essere attuata a dosi iniziali basse, incrementandole sino al raggiungimento del grado di sedazione utile per il controllo della sintomatologia fisica e psichica per la quale si è deciso di intraprendere la sedazione stessa.

I farmaci dotati di effetto sedativo che si possono combinare anche con gli oppioidi sono:

Benzodiazepine.

- Prima scelta **Midazolam (IPNOVEL fiale mg 5)**. Somministrazione sc ed ev.
Dosi: bolo 1-5 mg. In continuo 0,2-1 mg/h (piu' dosi supplementari di 1-2,5 mg)

| midazolam ev (IPNOVEL fiale da 5 mg) | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------|-----|------------|-----|-----------------------|------|
| kg | sedazione conscia | mantenimento sedazione | | | | | |
| | 2-2,5 mg ev | mg/kg/h | | mg/kg/24 h | | numero di fiale /24 h | |
| | | min | max | min | max | min | max |
| 1 | | 0,03 | 0,1 | 0,72 | 2,4 | | |
| 40 | | 0,12 | 4 | 28 | 96 | 5,6 | 19,2 |
| 45 | | 1,35 | 4,5 | 32,4 | 108 | 6,48 | 21,6 |
| 50 | | 1,5 | 5 | 36 | 120 | 7,2 | 24 |
| 55 | | 1,65 | 5,5 | 39,6 | 132 | 7,92 | 26,4 |
| 60 | | 1,8 | 6 | 43,2 | 144 | 8,64 | 28,8 |
| 65 | | 1,95 | 6,5 | 46,8 | 156 | 9,36 | 31,2 |
| 70 | | 2,1 | 7 | 50,4 | 168 | 10,08 | 33,6 |
| 75 | | 2,25 | 7,5 | 54 | 180 | 10,8 | 36 |
| 80 | | 2,4 | 7 | 57,6 | 192 | 11,2 | 38,4 |

NB. L'uso del Midazolam per la sedazione terminale necessita della compilazione del modulo per l'uso di farmaci per indicazioni non registrate ai sensi del Dgr.n.449/2007 (vedi allegato).

- Seconda scelta: Lorazepam, Diazepam, Flunitrazepam

Neurolettici.

- Aloperidolo (*Serenase* fiale sc, ev. lenta). Antipsicotico deliriolitico, potente antiemetico.
- Clorpromazina (*Largactil* fiale ev, im). Deliriolitico, efficace sulla dispnea.

Antistaminici

- Prometazina (*Farganesse* fiale ev. im.)

Barbiturici

- Fenobarbital (*Luminale* fiale ev. sc. im)

Esempi clinici:

1. In caso di dolore e/o dispnea incoercibili, paziente di 70 kg, età 60 anni, condizioni generali scadute: Midazolam dose induzione 0,07 mg/kg (infusione ev lenta o sc); dose mantenimento 1mg/h ev o sc + Morfina 40 mg/24h ev o sc.
2. In caso di dolore e/o dispnea con delirium agitato, stesso paziente: Morfina 40 mg/24h + Aloperidolo. Dose induzione 2mg/sc o ev (lentamente), dose mantenimento 6 mg/24h.
Se non efficace aggiungere Midazolam come nell'esempio 1.

ALLEGATI RIASSUNTIVI

APPROCCIO PROGRESSIVO ALLA TERAPIA DEL DOLORE SCALA DEGLI ANALGESICI O.M.S

| | STEP 1 | STEP 2 | STEP 3 | ADIUVANTI |
|--|--|--|---|---|
| Scala numerica del dolore (0-10) NRS/PAINAD | Dolore lieve/moderato fino 5 NRS | Dolore persistente o in aumento da 5 a 7 NRS | Dolore non controllato da 8-10 NRS | Corticosteroidi: Desametasone (Decadron)4-24mg/24h Prednisone (Deltacortene) 5-25mg/24h Metilprednisolone (Solumedrol)125-250mg/24h |
| FANS+/-Adiuvanti | Paracetamolo (max. 3000mg) Ibuprofene (max. 400 mg) Diclofenac (max. 200mg) | | | Anticonvulsivanti: Pregabalin (Lyrica)75-150mg/24h |
| OPPIOIDI DEBOLI +/-FANS+/-Adiuvanti | | Tramadolo (max.400mg) Codeina (max.240mg) | | Antidepressivi: Amitriptilina (Laroxyl)10-75mg/24h Duloxetina(Cymbalta, Xeristar)30-60mg/24h Aloperidolo(Serenase)2-15mg/24h |
| OPPIOIDI FORTI+/-FANS+/-Adiuvanti | | | Morfina (no dose max.) Buprenorfina (dose tetto 1.2mg/24h) Fentanyl (max.25-300mcg/h) Ossicodone (no dose max.) Metadone | Bifosfonati: Pamidronato(Arieda)90mg/10ml ogni20-30gg Benzodiazepine: Lorazepan (Tavor), Midazolam Antiemetici: Metoclopramide(Plasil) Ondasetrone(Zofran) |

- **Codeina:** di solito associata a Paracetamolo (**Tachidol** 30mg+500mg)
- **Morfina:** **Morfina cloridrato** 10mg 1f ; **Morfina solfato:** **MS Contin** 10-30-60-100-200mg RP; **Oramorph** 2mg/ml scir. 100ml (5ml=10mg)
- **Bupernorfina:** **Temgesic** cp 0.2mg sublinguale (0.4mg sbl=0.3mg im=10mg morfina im)
Transtec cerotti da 35 mcg/h=0.6mg/die da 52.4mcg/h=1.2mg/die da 70mcg/h=1.6mg/die
- **Fentanyl:** **Durogesic** cerotti 25-50-75-100 mcg/h (1 cerotto/72h), **Fentanyl trans mucoso Actiq 600**
- **Ossicodone:** **Depalgos** cp con paracetamolo 5-10-20mg; **Oxycontin** cp 10-20-40-80 mg RP
- **Metadone**

TITOLAZIONE DOSE DI MORFINA

- **Dose iniziale in paziente “vergine”:** 5mg morfina pronta (Oramorph 3ml=6mg) ogni 4 ore. Se il dolore non è controllato si somministra una dose al bisogno pari al 10-20% della dose giornaliera. Dopo 24 ore si calcola la dose di morfina totale utilizzata (Oramorph ogni 4ore+Oramorph ab) e la si converte in morfina al lento rilascio (MS Contin 10mgx2) ogni 12ore.
- **Per il paziente già trattato** si utilizza la tabella di conversione.

Per trovare la dose “efficace” si aumenta la dose giornaliera del 50% ogni 24 ore fino al raggiungimento del controllo del dolore o di effetti collaterali non dominabili.

TAVOLA DI CONVERSIONE DEGLI OPIOIDI ROTAZIONE DEGLI OPIOIDI

- Determinazione dose equianalgescica
- Considerare una riduzione della dose calcolata di circa il 30%

| Dosaggio in mg nelle 24 ore | | | | | | | |
|------------------------------------|----|----------|----------|----------|-------------|-----------|--|
| CODEINA (os) | 90 | | 180 | | | | |
| MORFINA (os) | 30 | 60 | 90 | 180 | 270 | 360 | |
| MORFINA (parenterale) | 10 | 20 | 30 | 60 | 90 | 120 | |
| BUPRENORFINA | | | 35mcg/h | 75mcg/h | | | |
| OSSICODONE (os) | 15 | 30 | 45 | 90 | 135 | 180 | |
| FENTANYL (tts) | | 25 mcg/h | 50 mcg/h | 75 mcg/h | 112,5 mcg/h | 150 mcg/h | |

- Prevedere disponibilità di una “dose di soccorso” fast release al bisogno
- Aumentare la dose dell’oppioide slow release secondo necessità evidenziate successivamente

OS > TTS

- L’applicazione del cerotto coincide con ultima dose per os di oppioidi a lento rilascio
- Prevedere “dose di soccorso” fast release
- Successivo rapido adeguamento del dosaggio del cerotto

TTS > OS

- Somministrare la dose di oppioide a lento rilascio dopo 8 ore dalla rimozione del cerotto
- Prevedere “dose di soccorso” fast release in queste 8 ore

Nell’ insufficienza renale: Evitare codeina e morfina

Cautela con ossicodone

Sicuri BUPRENORFINA, FENTANYL E METADONE

TRATTAMENTO EFFETTI COLLATERALI DEGLI OPIOIDI

| Effetti collaterali | Incidenza | Tolleranza | I° Scelta | II° Scelta |
|----------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------|
| Stipsi | 95% | No | Lassativi | Rotazione oppioidi |
| Nausea e vomito | 30% | Si | Antiemetici Neurolettici | Rotazione oppioidi |
| Sedazione | 20% | Si | Rotazione oppioidi | Via spinale |
| Ritenzione urinaria | 5% | No | Cateterizzazione | Rotazione oppioidi |
| Prurito | 2% | No | Rotazione oppioidi | Antistaminici |
| Allucinazioni | 1% | No | Rotazione oppioidi | Neurolettici |
| Depressione Resp. | rara | No | Naloxone | Naloxone |

Bibliografia

- **G.V. Romanelli** (SICP Veneto), *Il dolore - Protocollo Hospice Marzana*.
- **E. Campora**, *Terapia del dolore oncologico: Manuale pratico*. Cipomo Edizione 2008, www.cipomo.it
- **M. Mari-G. Mariot**, *Trattamento del dolore-Linee guida in uso nella UOSD Lungodegenza OC Valdagno*
- **M.Cancian, P. Lora Aprile**, *Cure palliative in medicina generale*, Pacini Editore
- **Hanks,De Conno**,... *La morfina e gli oppiacei alternativi nel dolore oncologico : le raccomandazioni della EAPC". Rivista Italiana Cure Palliative*.
- **V. Bonito, A. Saraceni**.,*La sedazione nelle cure palliative neurologiche: appropriatezza clinica ed etica*.
- **Ministero della Salute**, *Il consumo dei farmaci oppiacei in Europa*, AIFA, www.ministerosalute.it, 2007
- *Guidelines of the European Association of palliative care for treatment of cancer pain*, Br J Cancer 2001
- **Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale / Sedazione Palliativa**.A cura del Gruppo di Studio su cultura ed etica al termine della vita Ottobre 2007
- **Commissione terapia del dolore del Ministero della salute**, *Come utilizzare i farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*, Bollettino di informazione sui farmaci n.4 2003.
- **Decreto Ministeriale 4 aprile 2003**
- **Circolare 4 novembre 2003 n.800 Ministero della Salute**
- **Dgr n.449 del 27 febbraio 2007**

Protocollo elaborato dal gruppo di coordinamento Ospedale di Comunità di Valdagno: dr. Alberto Dolci, dr.ssa Maria Pia Lora, dr. Dino Massignani, dr.ssa Paola Peruzzo, dr.ssa Antonella Tomasi, dr. Tomba Attilio.

Data: 18 marzo 2009

