



CONGRESSO NAZIONALE
di Medicina d'Emergenza Urgenza
Rimini
Dal congresso
18-21 Ottobre
2012

Cons. pregressuali
18 Ottobre 2012

Il trattamento del dolore nel trauma extraospedaliero



Antonio Del Prete
Coord. Simeu Campania

Il dolore

- ...una sensazione spiacevole, dotata di un tono affettivo negativo, associata a danno tissutale potenziale o reale...

Organizzazione Mondiale della Sanità

- “Il quinto parametro vitale” (Dip.Veterans Affairs)

JAMA 1999; 281(11) 978

- In quanto “parametro vitale” va routinariamente valutato, al pari della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della temperatura corporea e del respiro.

Lord B. (2009) Paramedic assessment of pain in cognitively impaired adult patient, BMC Emergency Medicine, 6: 9-20

Classificazione del dolore

Dolore acuto

- Dolore ad inizio recente e probabile durata limitata
generalmente hanno una correlazione causale e temporale identificabile con un danno tissutale o una malattia

Dolore cronico

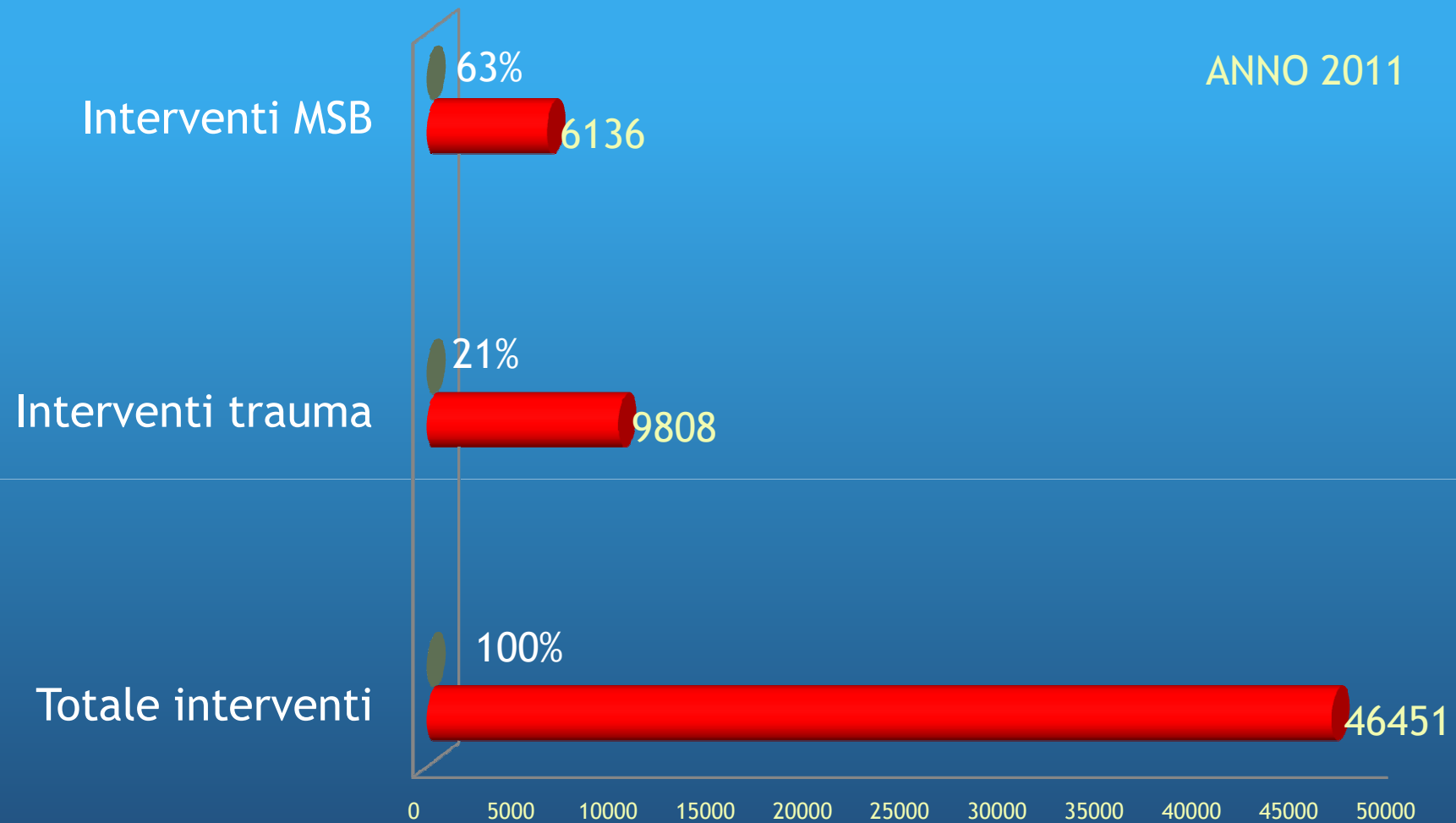
- Dolore che persiste oltre il tempo normale di guarigione
(Bonica 1953)

Da dove siamo partiti.....

- 1 Centrale Operativa
- 32 comuni di cui 2 isole (Ischia - Procida)
- 155 km²
- 1.100.000 abitanti
- 26 mezzi di soccorso totali + 2 idroambulanze
- 10 MSA (2 automediche) infermiere + medico
- 12 MSB infermiere + autista soccoritore

I nostri dati.....

ANNO 2011



Dati UOC COT/Emergenza Territoriale 118
Asl Napoli 2 nOrd
Dir. D.Golia

ANALGESIA : UN PROBLEMA SOTTOSTIMATO?

La letteratura ha largamente evidenziato una diffusa insufficienza di trattamento analgesico in tutte le popolazioni di pazienti

Motivi:

Carenze culturali

Scarsa sensibilità riguardo la sofferenza del paziente

Professionali

Timori nell'uso appropriato dei farmaci (eventi avversi)

Mancata applicazione sistematica della misurazione del dolore

Organizzative

Insufficiente organizzazione e collaborazione multidisciplinare

Carenza di linee guida e protocolli

Dolore un problema sottostimato?

DOLORE



CAUSA



TRATTAMENTO

DOLORE



TRATTAMENTO



CAUSA

Un dovere etico.....

- Art. 34 Codice Deontologico dell'Infermiere
- “L'infermiere si attiva per **prevenire e contrastare** il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari
- Art. 3 (e Giuramento Professionale) Codice di Deontologia Medica
- “Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il **sollievo dalla sofferenza** nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana...’

.... giuridico

La legge n° 38 15 marzo 2010

tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. (Reti dedicate)

Rafforza l'Ospedale senza dolore (2001)

Obbliga al monitoraggio del dolore nella documentazione sanitaria

e clinico

Il dolore acuto genera modificazioni fisiopatologiche note come “reazioni da stress”

- ✓ Tachicardia
- ✓ Ipertensione
- ✓ Ipercoagulabilità
- ✓ Immunosoppressione

E poi perché un intervento su un paziente che non sente dolore è più agevole

Come trattare il dolore ?

L'analgesia può iniziare:

- Comunicazione con il paziente
- Applicazione "corretta" dei presidi d'immobilizzazione
- Rimozione precoce dei presidi
- Tavola spinale no comfort
- Continua durante il trasporto

e poi i farmaci....

Ma prima bisogna "MISURARE" il dolore

Rendere il dolore visibile e quantificabile

Al fine di valutare il tipo di trattamento e la sua efficacia nel tempo

Le scale di valutazione possono indagare:

- Sede
- Intensità
- Durata
- Insorgenza
- Concomitanza
- Sintomi associati
- Comportamenti



Ecco allora che ci vengono in aiuto diversi metodi, tra quelli più utilizzati:

- VAS (Scala analogica visiva)
- **NSR (Numeric Rating Scale)**
- VRS (Scala valutazione verbale)
- Scala della faccia (nei bambini)
- MPQ (McGill Pain Questionnaire)
- **Scala MAAS (utile per valutare l'entità di sedazione)**
- Scala di Ramsay (utile per valutare l'entità di sedazione)

Le scale di valutazione del dolore

Sono strumenti validati e condivisi per una valutazione dell'evoluzione del dolore, della efficacia della terapia e dell'operato del professionista.

Sono inoltre un utile scambio di informazione qualora un paziente sia sottoposto a trattamento interdisciplinare.

Sono in grado di rendere la valutazione indipendente da stato di ansia, euforia e depressione del paziente

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6625135>

Valutazione del dolore

Scala NSR (Numeric rating Scale)



- 0 assenza di dolore
- 1-3 dolore lieve
- 4-7 moderato
- 8-10 severo
- 10 massimo dolore

Berthier F, Potel G, Leconte P et al. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Am J Emerg Med* 1998; 16(2): 132-136.

Valutazione della sedazione

Scala MAAS

Agitazione pericolosa	<i>Pz in movimento senza stimolazione esterna; non collaborante; tentativi di rimozione del TET e/o cateteri; tentativi di scavalcare le sponde del letto; dondolamento da un lato all'altro del letto; atti violenti verso l'operatore; non si calma in seguito a istruzioni verbali</i>
Agitato	<i>Pz in movimento senza stimolazione esterna; tentativi di mettersi seduto o porgere gli arti fuori dal letto; segue senza preservanza inviti a calmarsi (si calma ma poi riprende l'attività motoria suddetta)</i>
Irrequieto collaborante	<i>Pz in movimento senza stimolazione esterna; tira lenzuola, indumenti, si sveste, maneggia tubi; segue istruzioni verbali</i>
Calmo e collaborante	<i>Pz in movimento senza stimolazione esterna; aggiusta intenzionalmente lenzuola e indumenti; esegue comandi</i>
Responsivo a stim. leggeri	<i>Al tatto o al richiamo per nome apre gli occhi o alza sopracciglia o gira la testa verso lo stimolo o muove gli arti</i>
Responsivo a stim. nocivi	<i>Alla stimolazione intensa (nociva) apre li occhi o alza sopracciglia o gira la testa verso lo stimolo o muove gli arti</i>
Non responsivo	<i>Alla stimolazione intensa (nociva) nessun movimento</i>

Scala analgesica dell'OMS

- 1° livello ; dolore lieve-moderato - Paracetamolo e/o Fans
- 2° livello ; dolore moderato-intenso - Oppioidi deboli e/o Fans e Paracetamolo
- 3° livello ; dolore severo - Oppioidi forti e Fans

**Oppioidi
forti +/-
adiuvanti**

**Oppioidi
deboli +/-
adiuvanti**

**FANS +/-
adiuvanti**

World Health
Organization
Geneva



L'analggesia “ideale” ed adeguata

- Tailored
- Sicura e senza gravi effetti collaterali
- Efficace, valida e sperimentata
- Adeguata alle risorse
- Sempre applicabile e facile da gestire
- Compiante e tollerata dal paziente
- Possibilmente economica

Farmaci e tecniche

Non esistono controindicazioni assolute ad una corretta analgesia

L'obiettivo deve essere il migliore equilibrio EFFICACIA/SICUREZZA

Tutte le risorse disponibili devono essere ben conosciute ed utilizzate al meglio

Farmaci

- Oppioidi
- Morfina
- Fentanyl
- Altri oppioidi tramadolo / ossicodone
- Paracetamolo
- F.A.N.S.

Quindi cosa facciamo

- 1° STEP

ABCDE TRAUMA

- 2° STEP

CAUSA E CARATTERISTICHE DEL DOLORE

- 3° STEP

MISURAZIONE DEL DOLORE

- 4° STEP

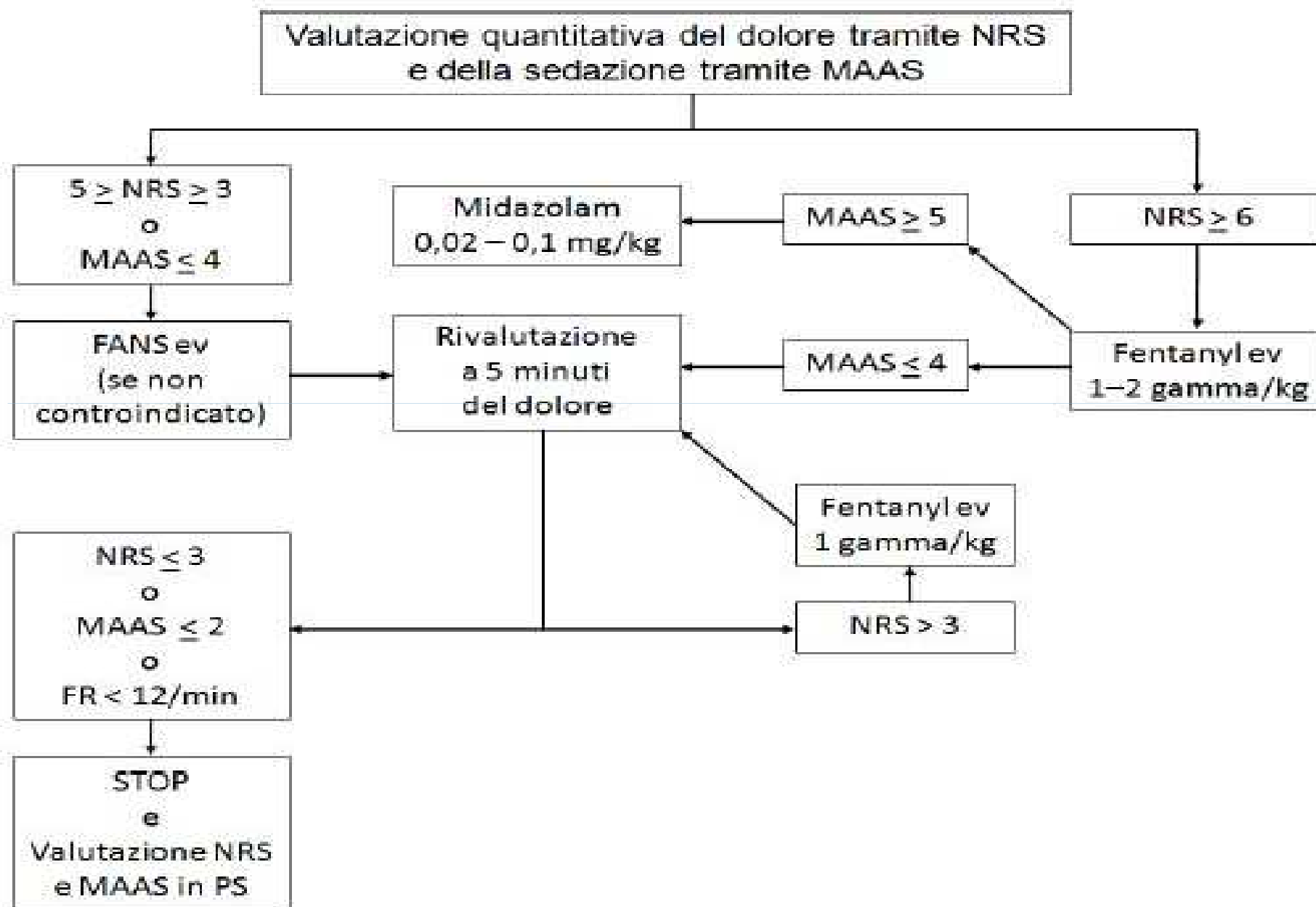
ELABORAZIONE DI UNA STRATEGIA ANTALGICA MODULATA SUL SINGOLO PAZIENTE

- 5° STEP

RIVALUTAZIONI SERIATE DELLA DIMENSIONE DEL DOLORE E DELLE CONDIZIONI CLINICHE

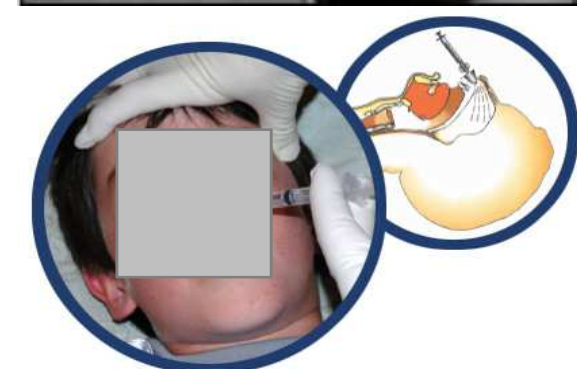
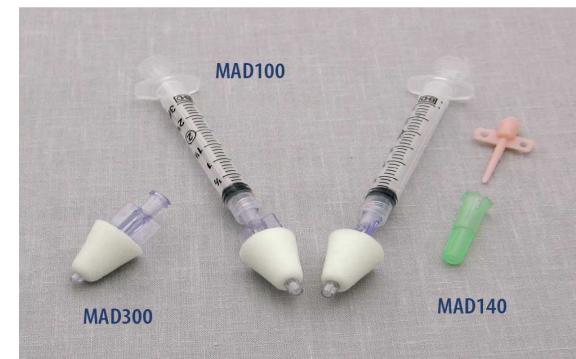
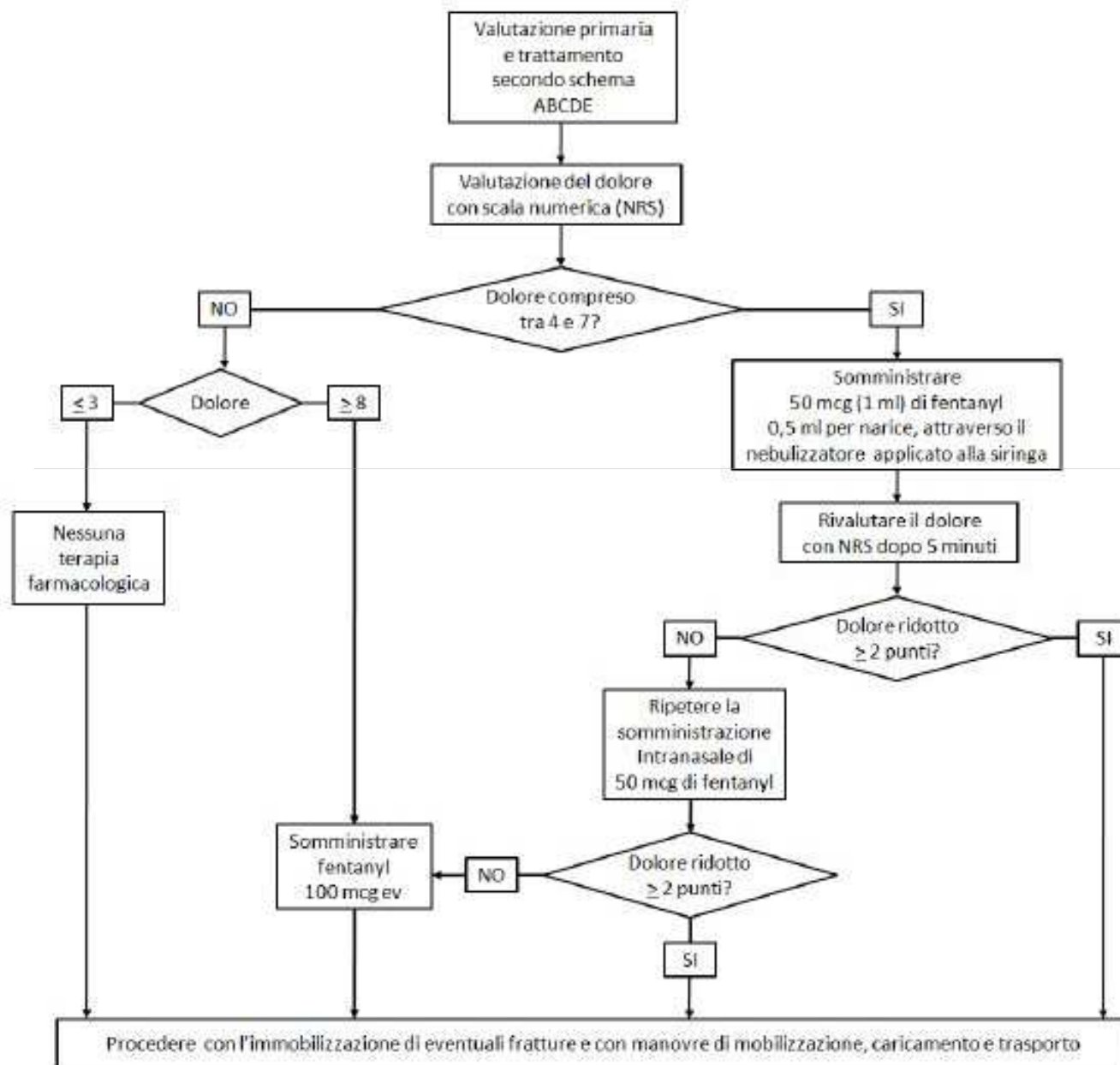
Protocollo di sedo-analgesia nel trattamento extraospedaliero del trauma

Mattia Soffritti ed altri. Emergency care journal Vol. Anno VI n° 2, pp: 40-44, Anno: 2010



Algoritmo trattamento del dolore nel traumatizzato in fase extraospedaliera: somministrazione fentanyl per via intranasale

- Guglielmo Imbriaco ed altri. Poster al convegno Trauma Update and Organization, 13 e 14 febbraio 2009, Bologna -



Tutto questo grazie



DPR 27 marzo 1992

Articolo 10

Prestazioni dal personale infermieristico

1. Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, **nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali**, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Conclusioni

Il trattamento preospedaliero del trauma è una finestra importante, durante la quale la sintomatologia dolorosa che accompagna la maggior parte dei pazienti dovrebbe essere adeguatamente valutata e trattata

Tutto questo è possibile aumentando le competenze
il fulcro deve essere la formazione continua.

Bibliografia

Dott. Piero Paolini, et al. LINEE GUIDA SEDAZIONE/ANALGESIA IN SEDE TERRITORIALE NEL PAZIENTE CON TRAUMA Pistoia Emergenza 118 Resp. Dott. P. Paolini

- **Mattia Soffritti, et al. Efficacia di un protocollo di sedo-analgesia nel trattamento extraospedaliero del trauma. Emergency care journal Vol. Anno VI n° 2, pp: 40-44, Anno: 2010**

Lumini E., *Gestione del dolore in emergenza-urgenza (lezioni del master in infermieristica in emergenza-urgenza sanitaria), Università degli studi di Firenze, A.A. 2007-2008;*

- **Dott. Bernardo Pavolini et al. Gestione della analgesia nel trauma Regione Toscana - Parere CSR 32/2009 della seduta del 14 luglio 2009 - allegato**

MISURAZIONE DEL DOLORE A. De Nicolai

- **“IL COORDINATORE E LA POLITICA DI CONTROLLO DEL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO: l'introduzione di strumenti di valutazione” - “Master in Management per le Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche” - Aa 2007/08 - Università degli studi di Ge- studente P. Nunziante**

Matteri A et al., *La somministrazione di farmaci per via nasale in urgenza emergenza, N&A mensile italiano del soccorso, Ottobre 2008, vol. 192, anno 17*

- **Rickard Claire et al, A randomized controlled trial of intranasal fentanyl vs intravenous morphine for analgesia in the prehospital setting, American Journal of Emergency Medicine, 2007, num. 25;**

Stephen H. Thomas, *Fentanyl in the prehospital setting, American Journal of Emergency Medicine, 2007, num. 25, pagg. 842-843*

- **Guglielmo Imbriaco et al. IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NELL'EMERGENZA SANITARIA PREOSPEDALIERA - Proposta di protocollo per la gestione infermieristica del dolore moderato. Poster al convegno Trauma Update and Organization, 13 e 14 febbraio 2009, Bologna**