Master Universitario di I Livello
"Medicina D'Urgenza Area Critica Per Infermieri"
Università degli Studi del Piemonte Orientale "A.Avogadro" Novara
Direttore: Prof.G.C.Avanzi

Gestione Infermieristica del Dolore Acuto in Triage

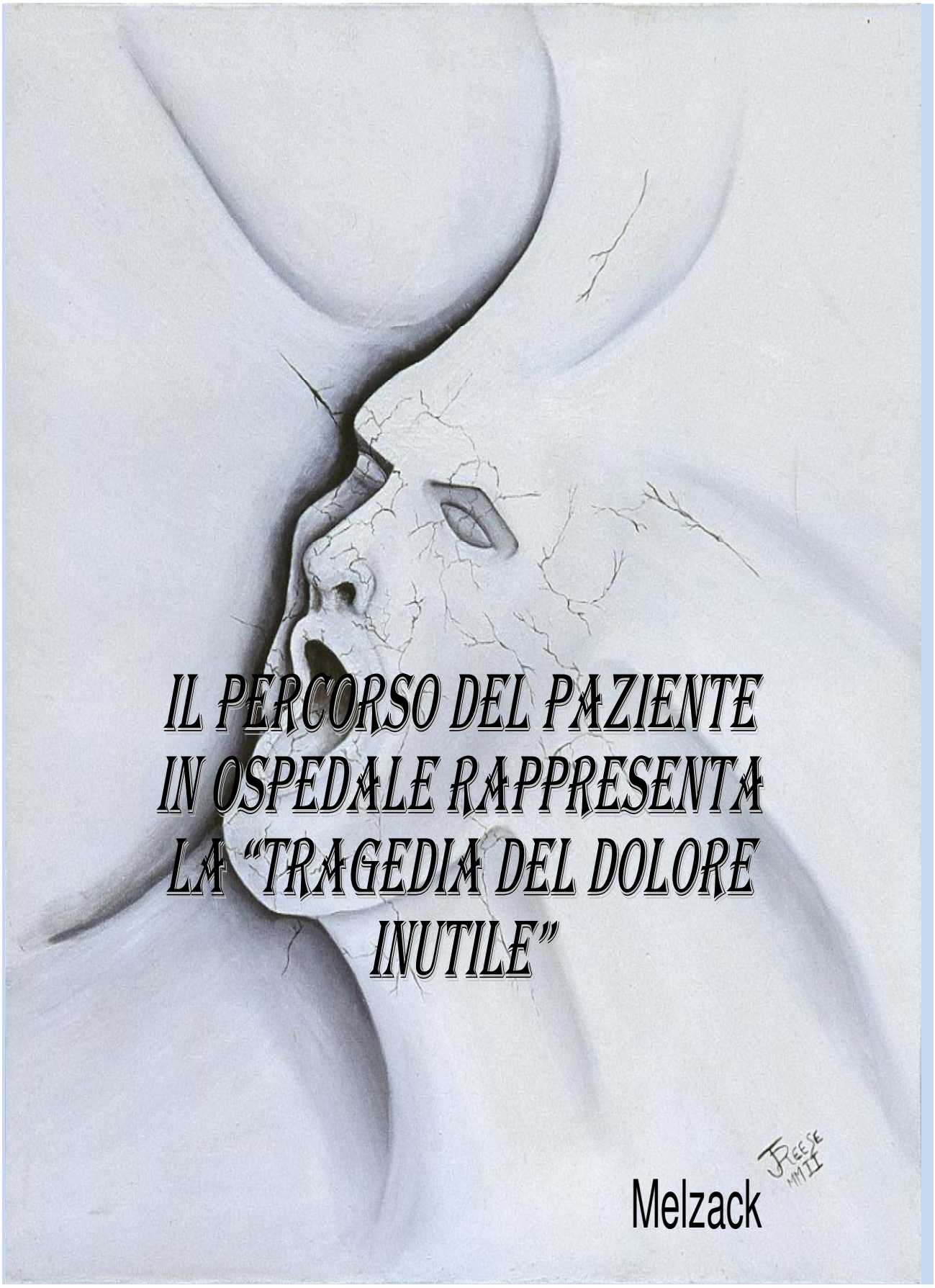
Un Esperienza positiva presso il DEA di NOVARA..
Un Futuro possibile presso il DEA di BORGOMANERO..

RELATORE: Dottoressa Suardi Barbara

CORRELATORE: Dottoressa Zecca Emanuela

STUDENTE: Scilironi Davide

ANNO ACCADEMICO. 2008-2009


IL PERCORSO DEL PAZIENTE
IN OSPEDALE RAPPRESENTA
LA "TRAGEDIA DEL DOLORE
INUTILE"
Melzack

Indice

-

INTRODUZIONE …….3

PARTE PRIMA

1.1. Il Dolore Acuto ……5
1.2. Misurazione del Dolore ……...7

PARTE SECONDA

2.1. Obiettivi dello studio-Questionari ……..10
2.1.1. Dati statistici a confronto ……. 19
2.1.2. Criteri di Inclusione e Esclusione ……. .24
2.1.3. Protocollo operativo ……25

CONCLUSIONI .……29

BIBLIOGRAFIA ……30

INTRODUZIONE

Il principale obiettivo che si pone la medicina è il mantenimento ed il ripristino dello stato di salute del paziente.

E' però altrettanto riconosciuto come la scienza medica non può e non deve trascurare lo stato di sofferenza dei malati e, per quanto possibile, dovrebbe perseguire il suo contenimento.

Il primo passo da compiere, per riuscire a ridurre le sofferenze del malato, è rappresentato dalla comprensione dell'importanza del DOLORE lamentato dal paziente e dalla capacità di una corretta valutazione.Il ritardo o la mancata sedazione del dolore è motivo di disagio e sofferenza per il paziente, lo maldispone nei confronti del personale sanitario e lo rende più aggressivo[*FRY M; RYAN J,ALEXANDER N. A prospective study of nurse initiadet panadeine forte:expanding pain management in the ED. Accid Emerg Nurs. 2004 july; 12(3): 136-40.*].Inoltre può generare ansia e sfiducia negli accompagnatori e negli astanti ed imbarazzo nel personale infermieristico per "UNA PASSIVITA'"dovuta sostanzialmente ad "IMPOTENZA".

Al contrario , in un recente studio condotto in Inghilterra , una precoce sedazione del dolore da parte dell'infermiere del triage è stata considerata, dalla maggior parte dei pazienti intervistati, come un importante miglioramento del proprio trattamento in Pronto Soccorso.[*GRAHAM J. Adult patiens' perceptions of pain management at triage:a small exploratory study. Accid Emerg Nurs. 2002 April; 10(2):78-86*]

L'Associazione Internazionale per lo studio del DOLORE (International Association for the Study of Pain IASP, 1979) ha definito il **DOLORE** come "***un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a un pericolo tessutale presente o potenziale, o descritto in termini di potenziale danno."***

Il dolore, però non è da intendersi solamente come "fisiologico" ,ovvero come il sintomo di una malattia latente o incipiente, bensì anche come "patologico", cioè in grado di trasformarsi a sua volta in malattia. Per tali motivi il dolore non deve essere considerato come una condizione ineluttabile, e neppure l'obbligatoria conseguenza di interventi chirurgici, procedure diagnostiche, parti, eventi morbosi acuti o cronici, ma deve essere trattato, per evitare che la **sofferenza diventi una sindrome autonoma con pesanti effetti psicologici e sulla vita di relazione dei pazienti**

[*Adams N, Poole H, Richardson C., 2006*], [*Adams N, Field L., 2001*].

Negli Stati Uniti, non alleviare il dolore del paziente è considerato "MALPRACTICE", cioè pratica medica scorretta , per la quale un medico può essere condotto in tribunale e contro la quale i professionisti USA si tutelano con robuste assicurazioni.

Di fatto, non curare il dolore è considerato OMISSIONE DI SOCCORSO.

Molti lavori scientifici hanno evidenziato che spesso sono " vittime" dell'**oligoanalgesia** in modo particolare i pazienti pediatrici e geriatrici [*Jantos TJ et al 1996*]. E' infatti soprattutto in questa fascia di età che si riscontra la cosiddetta "**oppiofobia**", nonostante sia ben conosciuta nell'ambito medico l'importanza dell'utilizzo dell'oppioide nella gestione del dolore.

Questi, ma tanti altri ancora, sono i motivi per cui è nata negli USA la Agency for Healthcare Research and Quality che pubblicò le prime linee guida per la TERAPIA DEL DOLORE.L'obiettivo dichiarato di queste linee guida era quello di ridurre l'incidenza e l'intensità del dolore in pazienti che avevano subito traumi fisici o interventi chirurgici, più in generale, educare il paziente a comunicare l'intensità del dolore resistente ed un eventuale primo trattamento efficace,migliorare il disagio e la soddisfazione del paziente.

Recentemente la Joint Commission International (JCI) ha affermato che, il dolore non trattato è uno dei principali responsabili degli effetti avversi sia fisici che psicologici [*Brown JC. Et al 2003*], per questo motivo è arrivata a considerare il **DOLORE COME QUINTO SEGNO VITALE** dopo la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa, la temperatura e la frequenza respiratoria.

In Italia nel maggio 2001, per modificare radicalmente l'approccio alla sofferenza dei pazienti, Umberto Veronesi ha lanciato il progetto " **OSPEDALE SENZA DOLORE**" **(OSD)** sostenuto dall'OMS e ispirato agli analoghi progetti internazionali. L'Ospedale Senza Dolore è diventato poi un capitolo del piano socio-sanitario regionale del 2002-2004; quest'ultimo ha l'obiettivo di attuare una trasformazione graduale degli ospedali esistenti in strutture dotate di un efficace sistema di monitoraggio e di terapia del dolore. Tuttavia sono ancora poche le esperienze pubblicate riguardo alle possibilità ed ai mezzi per ridurre i tempi di latenza nella sedazione del dolore, nonostante la sensibilità e la disponibilità dimostrata per l'argomento dal personale infermieristico. In un sondaggio nazionale francese meno del 3% degli operatori ha dichiarato di essere scarsamente motivato a partecipare ad un programma di lavoro per verificare la qualità nel controllo del dolore acuto in emergenza[*RICARD HIBON A, DUCASSE JL, RAVAUD P. WOOD C. VIEL E, CHAUVIN M,BRUNET F, BLEICHNER G. Quality control programme for acute pain management in emergency medicine:a national survery. Eur J Emerge Med. 2004 August; 11(4): 198-203*]

1.1 **IL DOLORE ACUTO**

Il DOLORE è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata ad un danno tessutale reale o potenziale e descritta in termini di tale danno [IASP].

Non si tratta di una semplice percezione ma di una complessa esperienza sensoriale che si concretizza in una " EMOZIONE". Per la sua sgradevolezza, l'emozione dolore non può essere ignorata ed induce il soggetto che la prova ad evitare gli stimoli (NOCIVI) che ne sono responsabili. Questo aspetto configura la funzione PROTETTIVA del dolore: grazie ad essa il soggetto impara ad evitare gli stimoli nocivi (DOLORE FINALIZZATO).

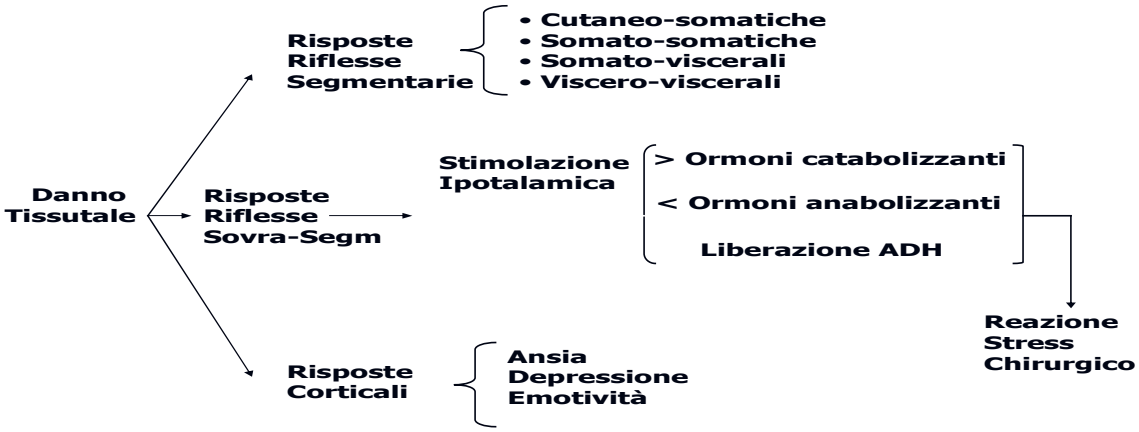
Il DOLORE ACUTO è stato definito come un dolore ad inizio recente e probabile durata limitata e come la normale,fisiologica risposta ad uno stimolo lesivo chimico, termico o meccanico…. Derivante da traumi, interventi chirurgici o malattie. [*Carr DB, Goudas LC: Lancet 1999;353:2051-2058*].

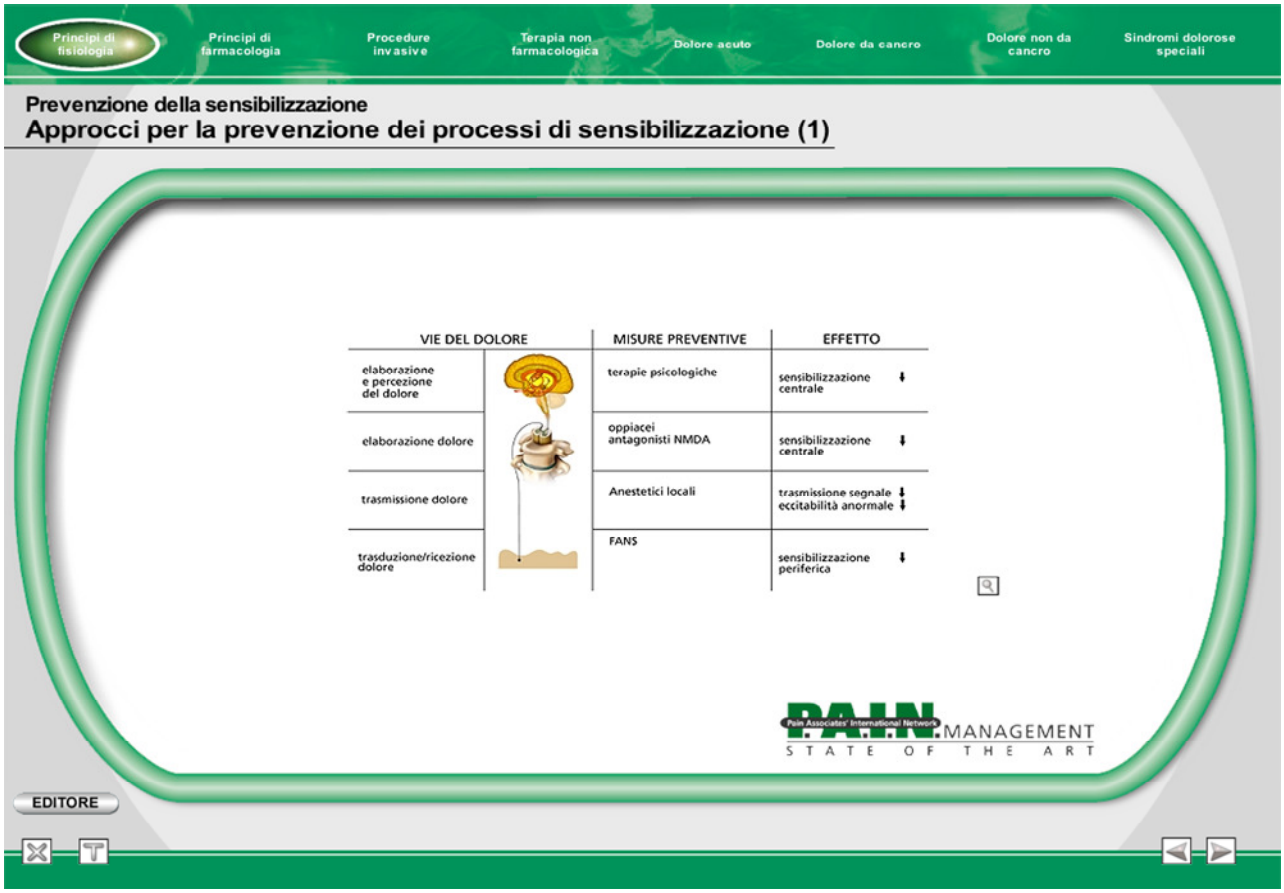
Il Dolore Acuto è un sintomo, esso inizia con una offesa alle strutture intertegumentali di qualche sistema o organo. Il danno tissutale provoca la liberazione di sostanze come gli ioni potassio, bradichinina(BK) e serotonina(5-HT).

La necessità di trattare un dolore acuto, nasce anche dall'osservazione che esso è accompagnato da modificazioni a carico di organi e apparati, il cui coinvolgimento può essere estremamente dannoso per il paziente.

Dopo una lesione tissutale si manifestano profonde alterazioni neuroendocrine dovute alla stimolazione dell'ipotalamo che è direttamente collegato alle vie del dolore. Contemporaneamente alla risposta ipotalamica si manifesta una reazione del sistema nervoso simpatico che ha una azione diretta sul sistema cardiovascolare,portando ad un rialzo pressorio ad un aumento della frequenza cardiaca e ad un aumento del rischio di ischemia miocardica. Dal punto di vista respiratorio, le modifiche neuroendocrine portano anormalità nel rapporto ventilazione-perfusione con conseguente ipossiemia. L'ipossiemia, se inizialmente determina un aumento della ventilazione minuto con conseguente ipocapnia, successivamente, in seguito al mantenimento di una situazione di iperlavoro respiratorio, in soggetti predisposti può sfociare in insufficienza respiratoria con ipercapnia. Gli effetti mediati dallo stress sulla coagulazione si possono riassumere in alterazioni della viscosità ematica, della funzionalità piastrinica e della fibrinolisi,tutto ciò comporta uno stato di ipercoagulabilità.

Alla luce di quanto sopra esposto, **il trattamento del dolore acuto, oltre all'aspetto prettamente etico, assume un'importanza fondamentale in quanto in grado di migliorare enormemente l'outcome del paziente, riducendo significativamente mortalità e morbilità.**





1.2. **MISURAZIONE DEL DOLORE**

Secondo un modello attendibile, il DOLORE consiste in quattro componenti, ovvero nocicezione, sensazione, sofferenza e comportamento (1). Il termine dolore è una denominazione genericamente assegnata a tutti i tipi di esperienze spiacevoli. La reale percezione di questo stato si basa su una lista completa di fattori modificatori, che vanno dalla memoria di precedenti eventi dolorosi alle influenze psicologiche , incluso lo stato di stress, l'alterazione dell'umore, l'attesa del trattamento e la speranza di guarigione. Il dolore non è semplicemente un'esperienza sensitiva, ma piuttosto il risultato di un'elaborazione svolta a un livello superiore (2).L'encefalo non rappresenta un semplice serbatoio di impulsi nervosi afferenti, sensitivi o dolorifici, ma un elaborato di questi input (3).

Dal punto di vista clinico a volte è impraticabile esaminare il rapporto fra nocicezione e risposta al dolore, poiché in certe sindromi dolorose (ARTO FANTASMA O NEVRALGIA DEL TRIGEMINO), lo stimolo originale è assente. Per conseguire una misurazione del dolore si è consigliato un approccio soggettivo/oggettivo. Le variabili del dolore , come intensità, frequenza e qualità sono valutabili con metodi soggettivi come l'autodescrizione. Un criterio abituale di misurazione del dolore si fonda su metodi di valutazione, ad esempio dell'autodescrizione, del comportamento osservato e su valutazioni fisiologiche(4,5,6). Poichè il dolore è un'esperienza personale, l'unico modo per esaminare un paziente affetto da dolore è:

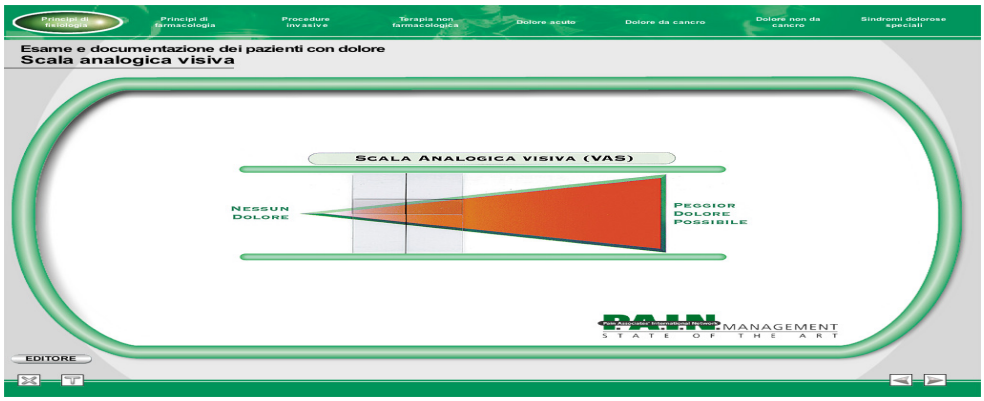
- **Fondarsi sulla rappresentazione che il paziente fa delle caratteristiche o degli effetti del proprio dolore.**
- **Considerare il comportamento derivato.**
- **Misurare i parametri fisiologici che ritiene caratteristici di un paziente affetto da dolore**.

La difficoltà globale di valutare il dolore è dovuta quindi al fatto che questo sintomo ha una natura strettamente individuale. Infatti esso non si presenta facilmente alla misurazione e richiede una raccolta ed una valutazione di dati sia obiettivi che soggettivi(7). La misurazione dell'esperienza del dolore è utile per diverse ragioni. Innanzitutto rappresenta una base di partenza e dalla quale valutare i futuri interventi terapeutici. Un Test deve essere adeguatamente semplice da somministrare ed essere articolato in modo tale che la maggior parte dei pazienti possa comprenderlo. Deve soddisfare i criteri di validità e sensibilità e avere attendibili proprietà di graduazione, senza errori casuali. Una scala di valutazione deve essere sensibile. Se l'intensità è il parametro qualitativo che deve essere misurato, allora la scala deve ricoprire l'intero campo di possibili intensità. Chiaramente quanto maggiore è il numero di punti sulla scala, tanto più accurata dovrebbe risultare la misurazione.

-Scala Analogica Visiva (VAS)-

Questa scala lineare è la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che un paziente crede di avvertire. L'ampiezza è rappresentata da una linea, solitamente lunga 10cm, con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro. La lunghezza ottimale per misurare il dolore sembra essere 10cm, un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggiore dolore immaginabile. La scala viene compilata dal paziente, al quale viene chiesto di tracciare sulla linea un segno che rappresenti il livello di dolore provato. La distanza misurata in millimetri, partendo dall'estremità che indica l'assenza di dolore, rappresenta la misura del dolore percepito in quel momento. Questa prova può essere facilmente ripetuta nel tempo. (8)

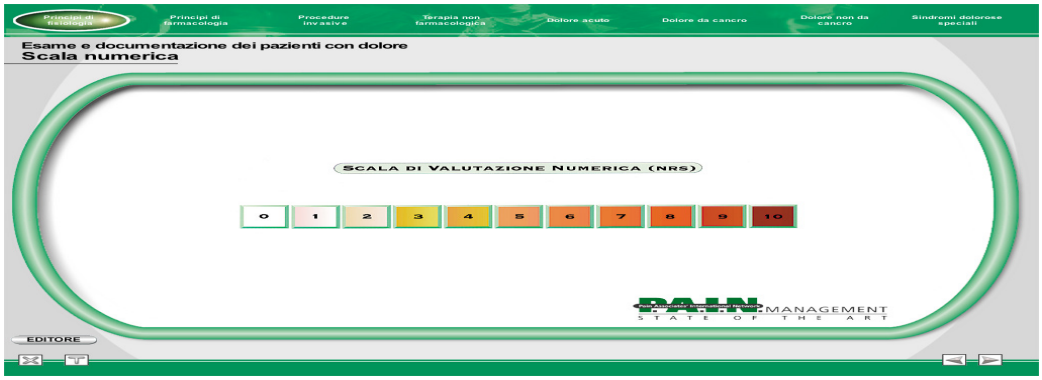
Questo tipo di stima offre il vantaggio della semplicità, è ampiamente utilizzato ed è indipendente dal linguaggio, anche i bambini di età superiore a 7 anni possono comprenderlo. Una critica riguarda i limiti imposti con gli estremi assoluti, sebbene "l'assenza di dolore" sia inconfutabilmente una misura assoluta, l'altro estremo non può essere considerato tale. Il "peggiore dolore immaginabile" non lascia spazio a un dolore persino peggiore in un momento successivo. Non tutti i pazienti possono eseguire una VAS (ad esempio nell'immediato post-operatorio) e il tasso di insuccessi è del 7%. L'esecuzione richiede una certa coordinazione visiva e motoria.



-Scala Numerica Verbale (VNS)-

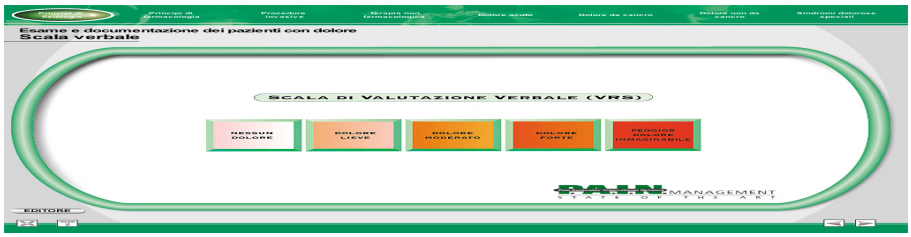
Questa è una semplice scala di valutazione del dolore molto simile alla VAS, è lineare e ha con quest'ultima una buona concordanza. La VNS viene facilmente compresa dal paziente che sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore. La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS e offro quindi maggiori possibilità di completamento. Sembra più utile della VAS per la misurazione nell'immediato periodo post-operatorio, l'insuccesso nel completare la scala è dell'ordine del 2%.

(Questa sarà la scala usata, come valutazione del dolore, all'interno del protocollo operativo descritto nelle successive pagine.)



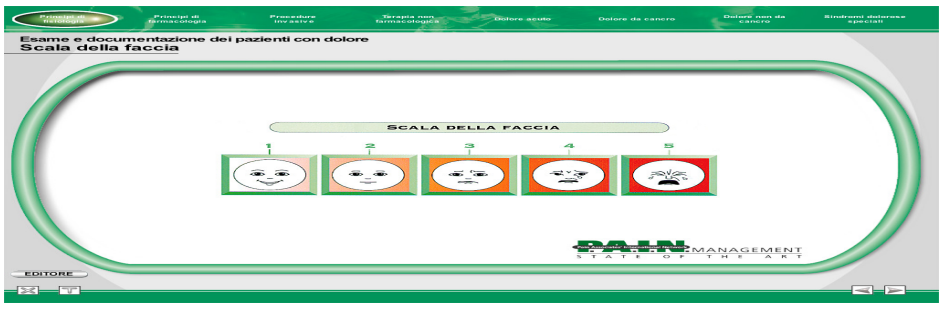
-Scala di Valutazione Verbale (VRS)-

Questa scala definisce l'intensità del dolore come lieve, moderato, grave o assente. Questa scala è limitata dal fatto che offre un numero ristretto di termini per rappresentare il dolore e pertanto non consente una fine valutazione dello stesso.



Scala delle espressioni facciali

La misurazione del dolore nei bambini è più difficile. I bambini non hanno la competenza verbale e la comprensione concettuale degli adulti, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva prima dei 7 anni. Un metodo non verbale è costituito dalla scala di espressioni facciali. Queste scale consistono generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore. Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa (9,10,11).



2.1. OBIETTIVI DELLO STUDIO

Scopo di questo lavoro è analizzare l'efficacia dell'inserimento all'interno di un DEA di I LIVELLO, come quello di BORGOMANERO, di un protocollo operativo usato con provata efficacia presso il DEA di II LIVELLO di NOVARA.

Obiettivo della ricerca è:

1.Verificare la percezione, di Infermieri e Medici, alle eventuali modifiche ottenute, con l'introduzione del protocollo, con l'uso di questionari mirati.

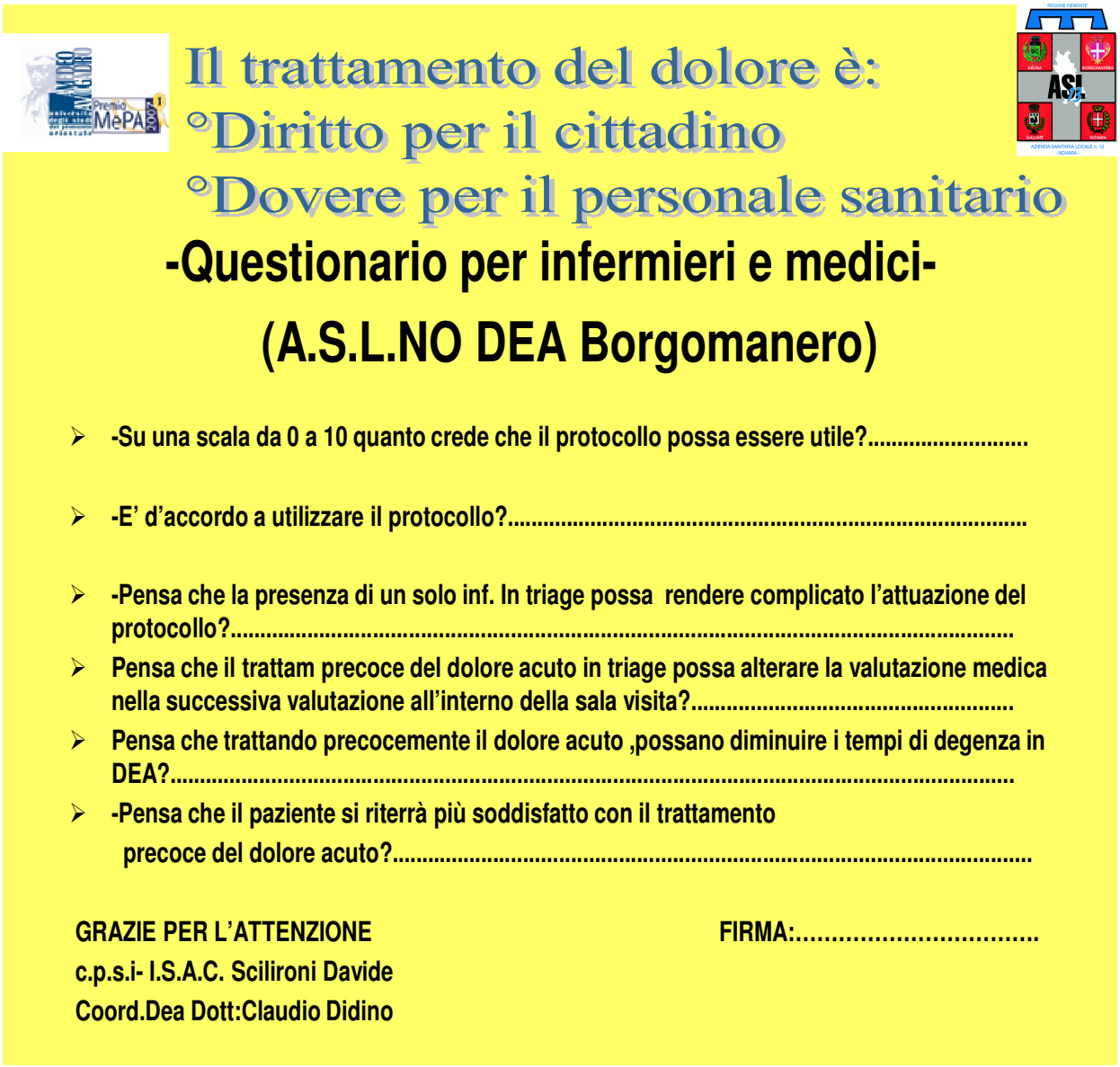
2. Verificare la percezione degli Utenti sul eventuale introduzione del protocollo, con l'uso di questionari specifici in un arco di tempo prestabilito in pazienti selezionati.

3. A lungo termine valutare se l'introduzione del protocollo può portare ad un miglioramento del trattamento del dolore acuto e ad un aumento di pazienti dimessi con una riduzione importante del sintomo dolore o alla sua completa risoluzione.(*Al tempo 1 il 96% dei pz. Riferisce una riduzione del dolore da 1 fino a 9 punti sulla scala numerica- Dati tratti da un lavoro di Tesi per la laurea triennale Infermieristica della collega Enrica Coltro ,Anno Accad 2004-05 e partenza per l'introduzione del protocollo della Gestione del dolore acuto al triage,presso il DEA di NOVARA*)

-OBIETTIVO N.1-

- Questionario per il Personale Medico e Infermieristico-

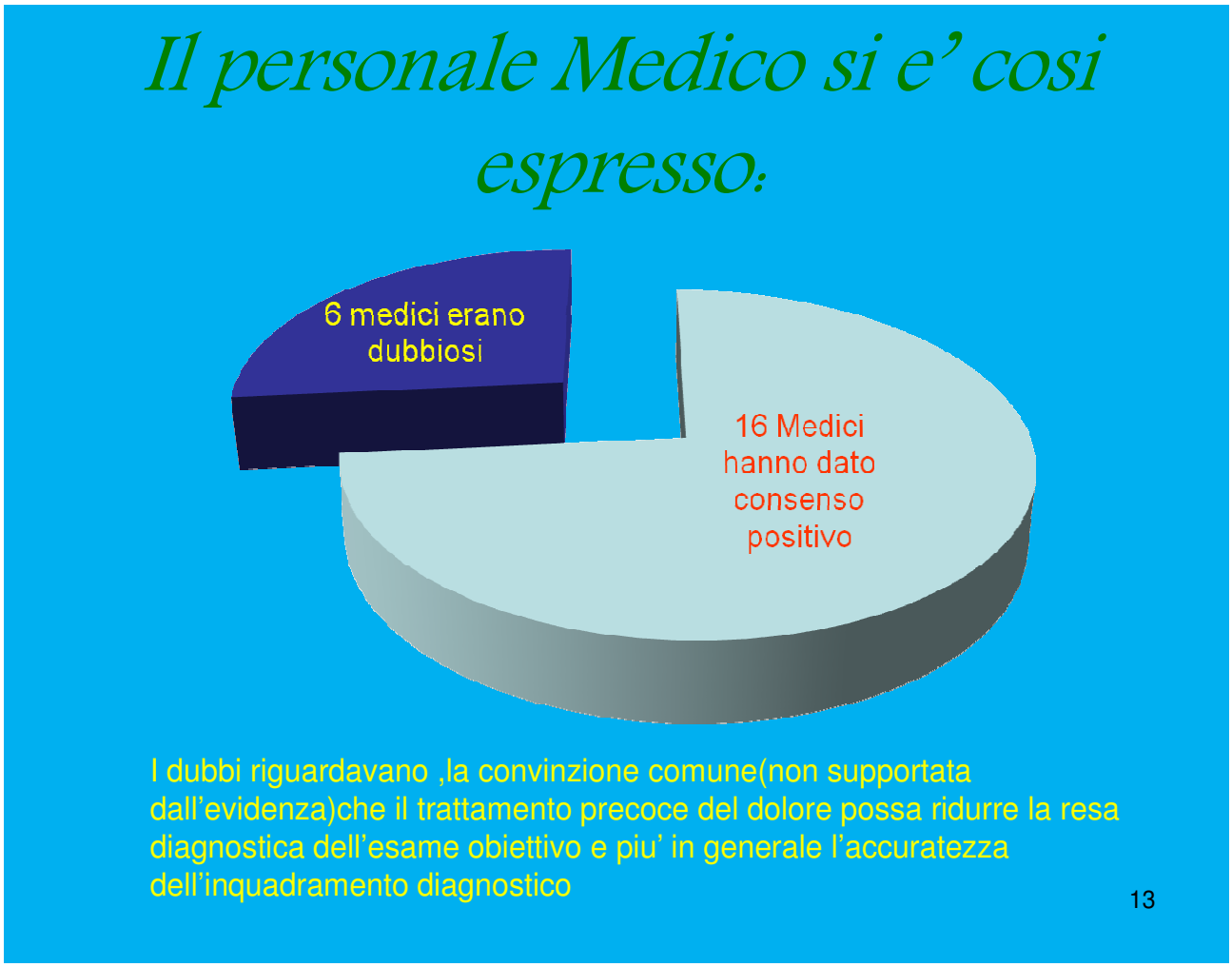
Il questionario è stato proposto a un numero di 30 Infermieri, previa riunione informativa sul introduzione dell'eventuale protocollo, allegando copia cartacea dello stesso, e a 22 Medici suddivisi tra ,11 Medici 118 e 11 Chirurghi.



- Medici Intervistati : 22

I dubbi maggiori riguardano alcuni chirurghi riguardo la convinzione comune (non supportata dall'evidenza) che il trattamento precoce del dolore possa ridurre la resa diagnostica dell'esame obiettivo e più in generale l'accuratezza dell'inquadramento diagnostico.

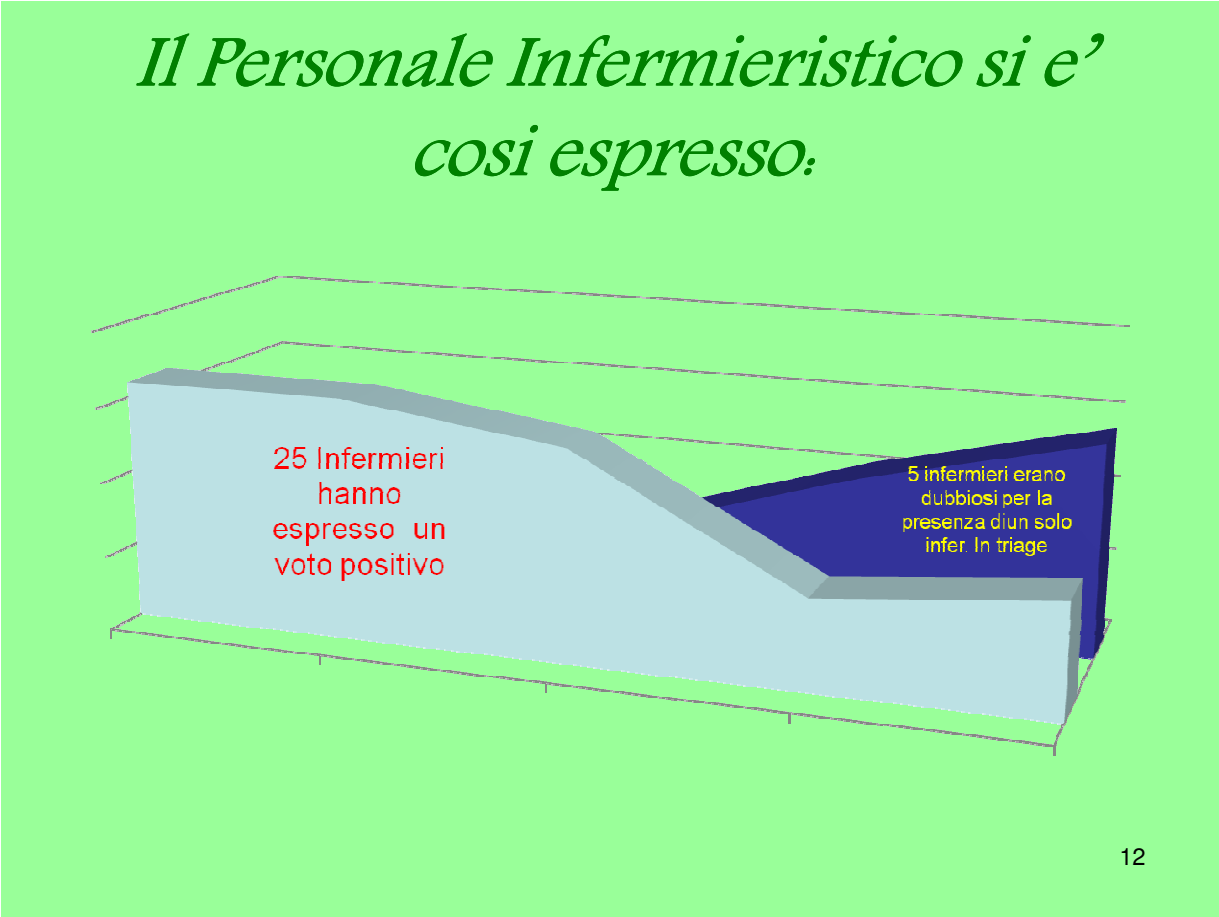
Un chirurgo,pur se d'accordo sull'utilizzo del protocollo, riteneva giustificato trattare il dolore al triage solo con valori ,sulla scala VNS, > a 6.



Infermieri Intervistati: 30

I dubbi maggiori riguardano l'attuazione del protocollo specialmente nell'ambito della terapia EV, per la presenza di un solo infermiere al triage.

Tutti hanno dato consenso positivo all'introduzione di questo protocollo, ritenendo giustamente, il dolore, il sintomo maggiormente riscontrato al triage, primo punto di incontro tra utente e personale sanitario. Allo stesso tempo sottolineavano quanto sia complicato modificare quello che è la valutazione e la gestione del sintomo dolore all'interno delle sale visita nella nostra realtà, dove ancora il DOLORE non è considerato come QUINTO SEGNO VITALE dopo la frequenza cardiaca,frequenza respiratoria,temperatura e la pressione arteriosa.

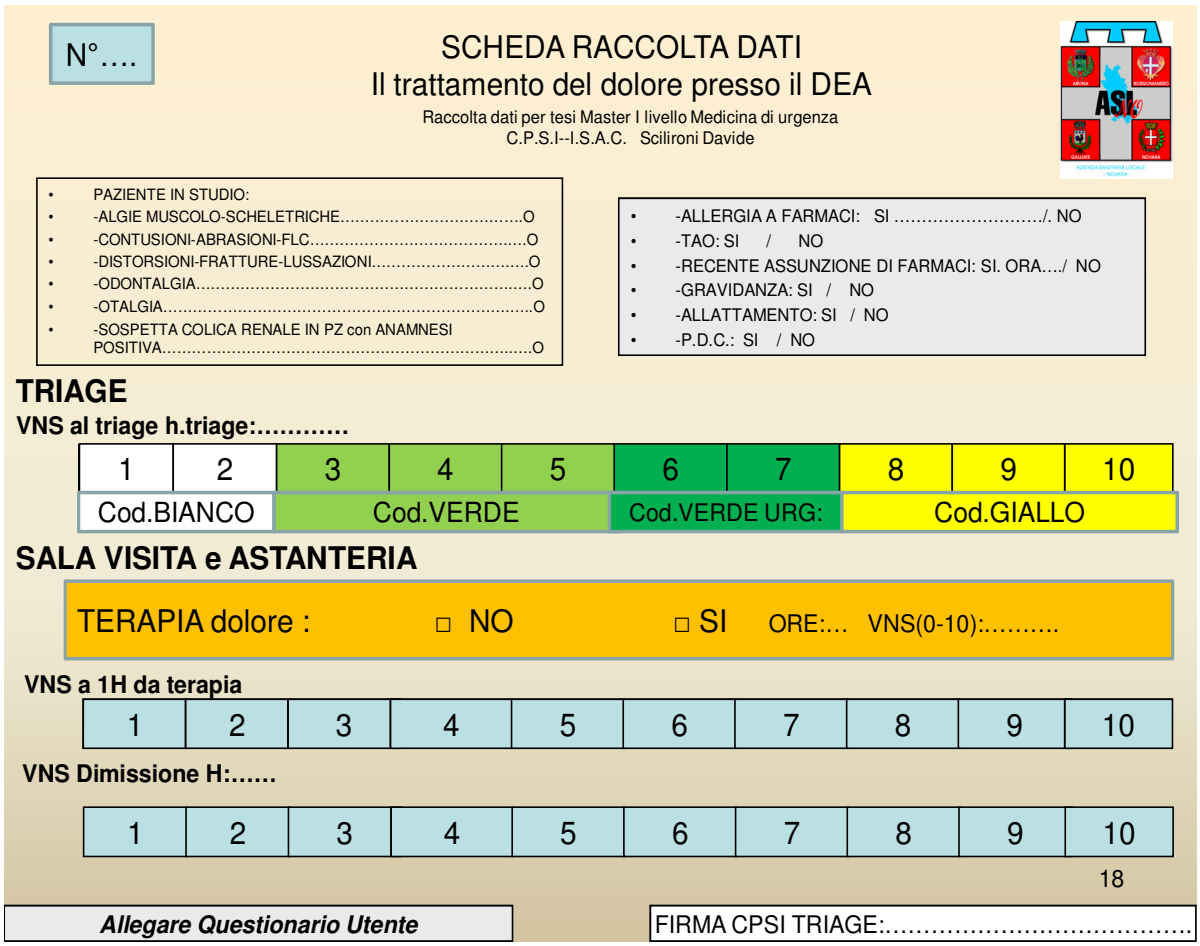


-OBIETTIVO N.2-

- Questionario per gli Utenti: si è deciso di usare due schede, unite dallo stesso numero progressivo. La prima riguarda la valutazione del paziente da parte dell'infermiere di triage dove all'interno della scheda trova una breve, ma coincisa anamnesi, l'elenco delle patologie trattate dal protocollo e **TRE/QUATTRO step di valutazione della scala VNS**.(la scala VNS è stata introdotta anche all'interno della schermata informatizzata di triage come passaggio obbligatorio,sostituendola alla scala VRS fino allora in uso)

La prima valutazione viene eseguita annotando l'orario di triage e associando un codice di priorità al livello di dolore percepito dall'utente.(Il codice colore è stato concordato con il Resp.DEA Dott. Claudio Didino).La scheda viene poi consegnata all'infermiere di sala che accetta il paziente; all'interno della scheda vi è uno spazio per l'annotazione dell'eventuale terapia antidolorifica,dell'orario della somministrazione e della scala VNS in quel momento.

A questo punto la scheda viene consegnata all'infermiere di astanteria che dovrà annotare la VNS dopo un'ora dalla somministrazione del farmaco. Ultimo step la valutazione della VNS con l'ora della dimissione.



N°….

SCHEDA RACCOLTA DATI
Il trattamento del dolore presso il DEA

Raccolta dati per tesi Master I livello Medicina di urgenza
C.P.S.I--I.S.A.C. Scilironi Davide

- PAZIENTE IN STUDIO:
- -ALGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE.....O
- -CONTUSIONI-ABRASIONI-FLC.....O
- -DISTORSIONI-FRATTURE-LUSSAZIONI.....O
- -ODONTALGIA.....O
- -OTALGIA.....O
- -SOSPETTA COLICA RENALE IN PZ con ANAMNESI POSITIVA.....O

- -ALLERGIA A FARMACI: SI ...../. NO
- -TAO: SI / NO
- -RECENTE ASSUNZIONE DI FARMACI: SI. ORA..../ NO
- -GRAVIDANZA: SI / NO
- -ALLATTAMENTO: SI / NO
- -P.D.C.: SI / NO

TRIAGE

VNS al triage h.triage:……

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cod.BIANCO		Cod.VERDE			Cod.VERDE URG:		Cod.GIALLO		

SALA VISITA e ASTANTERIA

TERAPIA dolore : □ NO □ SI ORE:… VNS(0-10):……..

VNS a 1H da terapia

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VNS Dimissione H:……

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18

Allegare Questionario Utente

FIRMA CPSI TRIAGE:……

Al paziente viene consegnata la seconda scheda con numero progressivo uguale a quella usata per la valutazione VNS, che raccoglie un elenco di cinque domande a cui l'utente dovrà rispondere, che servirà per testare il grado di soddisfazione per il trattamento ricevuto .La stessa verrà consegnata dall'utente, all'infermiere che si occuperà della dimissione dello stesso, e allegata alla prima scheda di valutazione.

N°...

Il trattamento del dolore presso il Pronto Soccorso (A.S.L NO DEA Borgomanero)

Gentile utente,
*il questionario **anonimo** che le chiediamo di compilare fa parte di un progetto volto a valutare l'efficacia del trattamento del dolore presso il Pronto Soccorso dell'ASL NO di Borgomanero allo scopo di migliorare il Nostro Servizio.*
Per questo le chiediamo di rispondere con attenzione a tutte le domande e di indicare eventuali commenti o proposte.
In caso di dubbi o perplessità può rivolgersi all'operatore che le ha consegnato il questionario.
Le ricordiamo che, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (L.), i dati raccolti anonimi saranno utilizzati ad esclusivo scopo di ricerca.
Ringraziandola per la cortesia la preghiamo di riconsegnare il questionario agli operatori del Pronto Soccorso

Maschio..O Femmina...O Età.....

- Codice colore: □bianco □ verde □ giallo
- Dopo quanto tempo dall'accesso è stato visitato nell'ambulatorio medico del Pronto Soccorso?.....
- Presso il Pronto Soccorso è stato trattato per il dolore? □ SI □ NO
- Dopo quanto tempo dall'accesso al Pronto Soccorso si è risolto il dolore ?.....
- Su una scala da 0 a 10 quanto è soddisfatto del trattamento del dolore che le è stato offerto?
  (barrare il numero corrispondente al grado di soddisfazione)

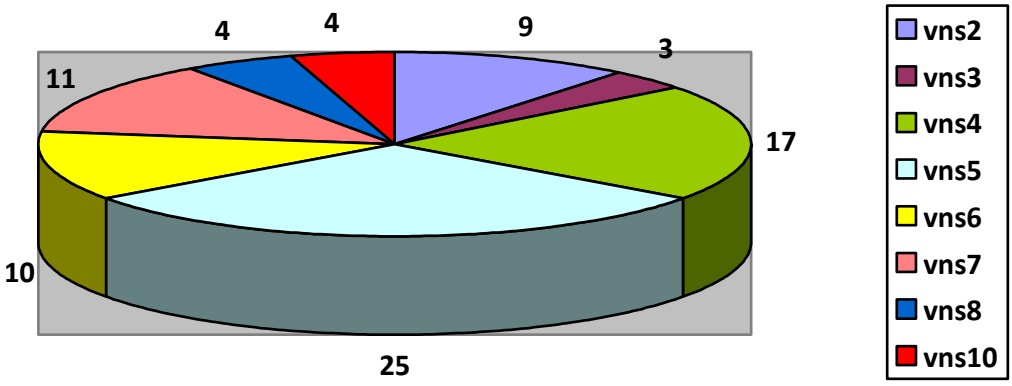
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2

La sperimentazione è stata condotta in un arco di tempo di 10 giorni, dal 09 gennaio 2009 al 19 gennaio,dopo autorizzazione della Direzione Medica. Si è deciso di testare un totale di 100 utenti(105) che per sintomatologia di ingresso potevano essere potenziali pazienti da trattare con il protocollo. La difficoltà riscontrata dai colleghi è stata quella della rivalutazione effettuata dall'infermiere di astanteria dopo 1 ora dalla terapia antidolorifica, che nelle giornate con un alto flusso di utenti diventava molte volte impossibile o quanto meno problematica.
I risultati ottenuti sono:

- **83 PAZIENTI NON SOTTOPOSTI A TERAPIA ANTIDOLORIFICA COSI SUDDIVISI**:
  38 pazienti con contusioni
  29 pazienti con distorsioni
  13 pazienti con algie muscolo-scheletriche
  3 pazienti con sospetta colica renale

VNS AL TRIAGE: 29 pazienti con valore compreso tra 1 e 4
54 pazienti con valore compreso tra 5 e 10



Alla dimissione vi è stato un incremento di circa due punti nel 80% dei pazienti.

Su una scala da 1 a 10 la soddisfazione per il trattamento ricevuto in DEA in questi pazienti è stata:

26 PAZIENTI >5 57 PAZIENTI<5

-22 pazienti sottoposti a terapia antidolorifica cosi suddivisi:

8 pazienti con contusioni

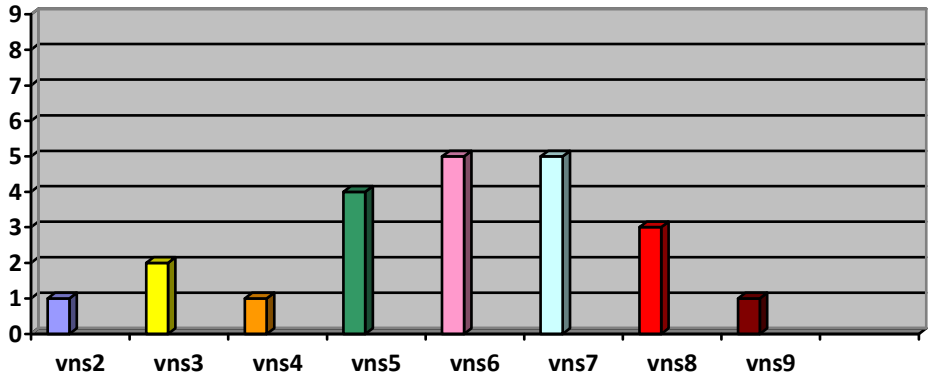
8 pazienti con algie muscolo-scheletriche

2 pazienti con distorsioni

4 pazienti con sospetta colica renale

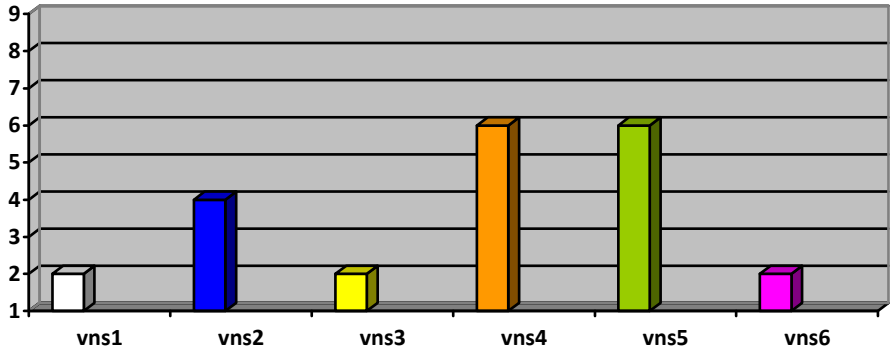
VNS AL TRIAGE: 4 pazienti con valore compreso tra 2 e 4

18 pazienti con valore compreso tra 5 e 9



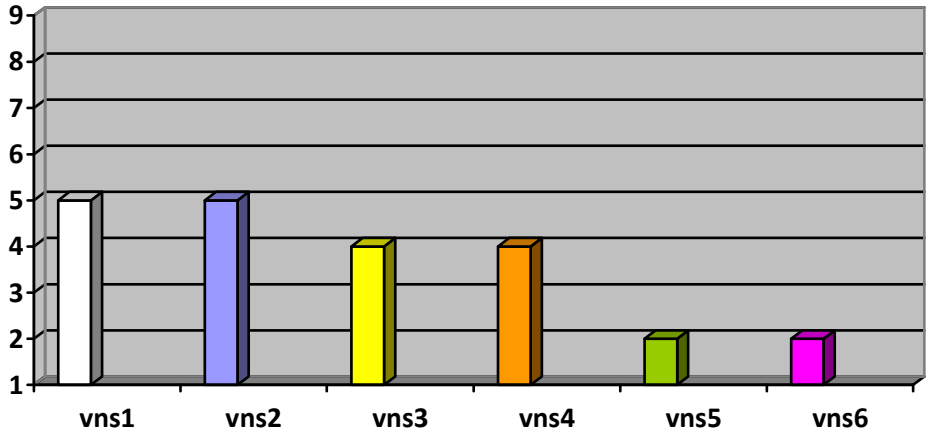
VNS A 1 ORA DALLA TERAPIA: 14 pazienti con valore compreso tra 1 e 4

8 pazienti con valore compreso tra 5 e 6



VNS ALLA DIMISSIONE: 18 pazienti con valore compreso tra 1 e 4

4 pazienti con valore compreso tra 5 e 6



Su una scala da 1 a 10 la soddisfazione per il trattamento ricevuto in DEA in questi pazienti è stato:

19PAZIENTI >6 **3PAZIENTI <4**

Tempi di attesa: al triage > 1 ora nel 90% dei casi

degenza in DEA > 4 ore nel 90% dei casi.

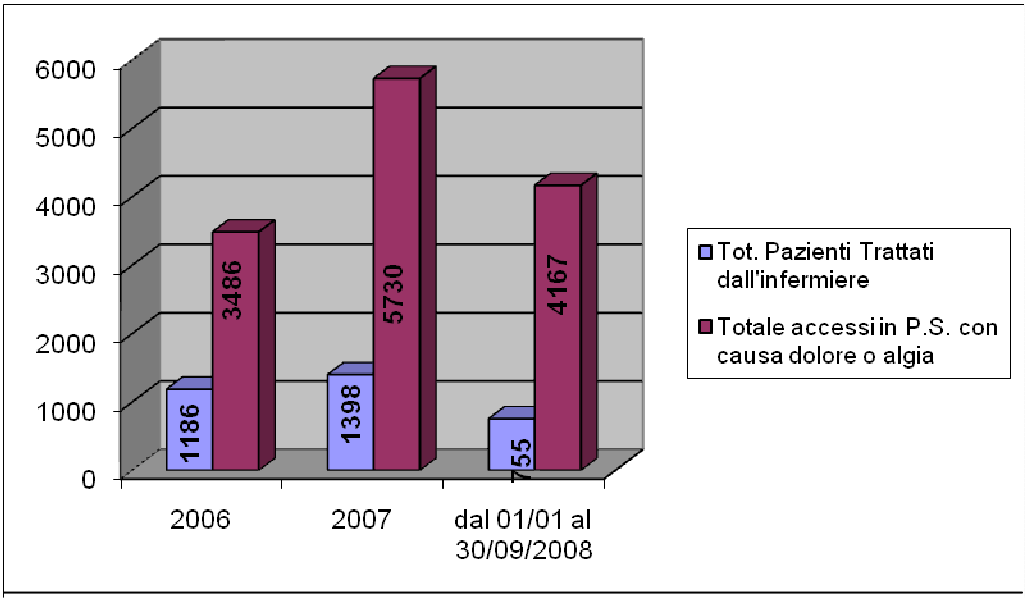
2.1.1. DATI STATISTICI A CONFRONTO

Analizzando il titolo di questo lavoro si vede come l'intera tesi è basata su UN ESPERIENZA POSITIVA PRESSO IL DEA DI NOVARA, spalmata su ormai tre anni di uso di questo protocollo. Grazie all'aiuto della collega di Master, Coltro Enrica, esporrò dei dati numerici che rispecchiano la grande efficacia di questo protocollo.

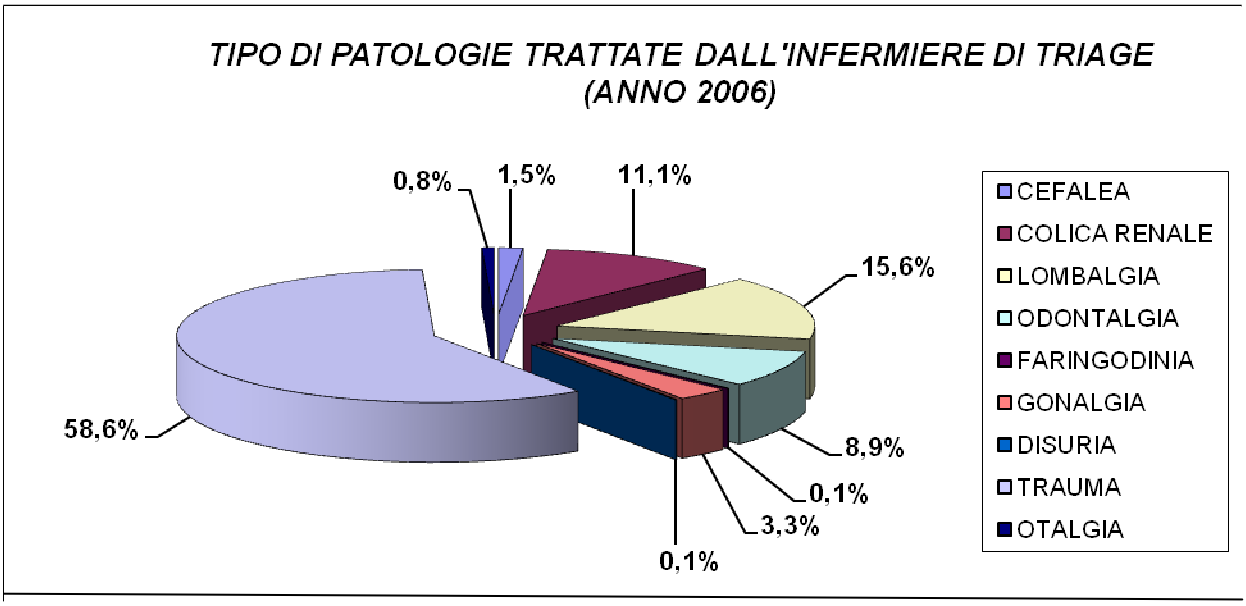
-Anno 2006 su 3486 accessi con sintomatologia dolorosa sono STATI TRATTATI AL TRIAGE 1186 PAZIENTI

-Anno 2007 su 5730 accessi sono STATI TRATTATI 1386 PAZIENTI

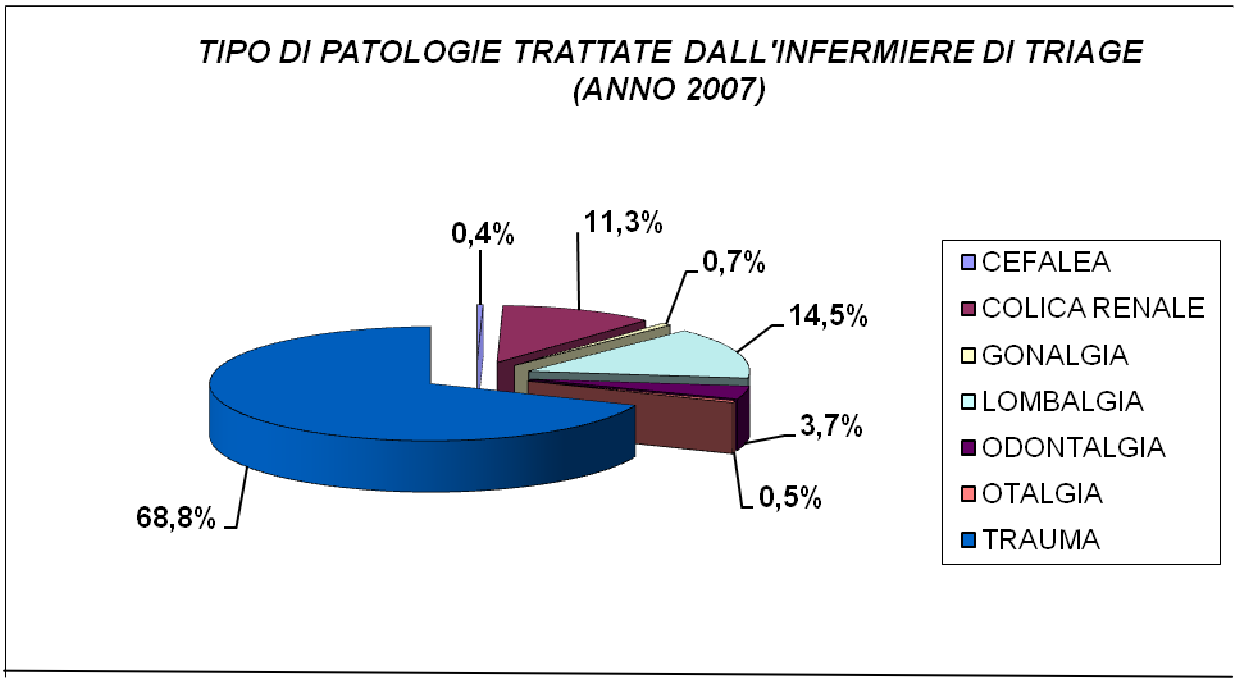
-Dal 01/01 al 30/09/2008 su 4167 sono STATI TRATTATI 755 PAZIENTI



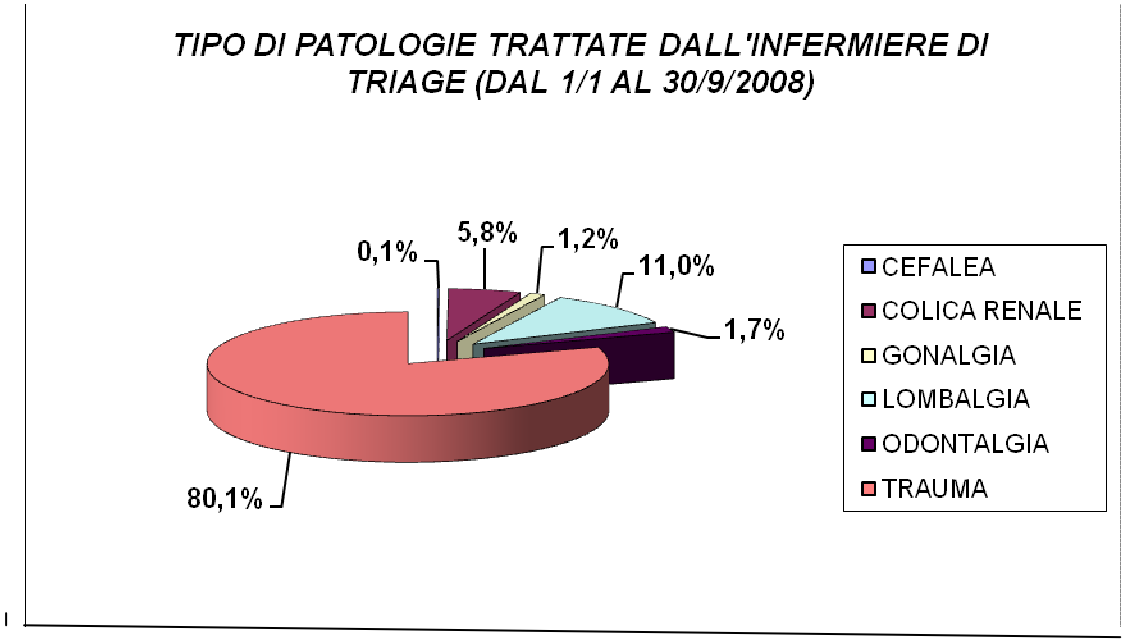
(Dati raccolti dalla C.P.S.I Coltro Enrica Dea Novara)



(Dati raccolti dalla C.P.S.I Coltro Enrica Dea Novara)



(Dati raccolti dalla C.P.S.I Coltro Enrica Dea Novara)



(Dati raccolti dalla C.P.S.I Coltro Enrica Dea Novara)

Tutto ciò per sottolineare quanto il sintomo DOLORE accompagni un alto numero di UTENTI che si recano in DEA.

Traslando tutto ciò nella realtà del DEA DI BORGOMANERO a supporto di questa tesi riporto dei dati numerici riguardanti le dimissioni dal DEA DI BORGOMANERO di utenti che rientravano per patologia in questo protocollo (estrazione dal 01/01/2008 al 06/11/2008 eseguita dal Sistema Informatico Ospedale di Borgomanero) .

-SU UN TOTALE DI 34.952 ACCESSI-

-**610** accessi per Colica Renale

-**533** accessi per Lombalgia

-**550** accessi per Distorsione Tibio Tarsica

-*__140__ accessi per Otalgia-**29** per Otite-**1** Dolore Otogeno-**3** Dolore riferito all'orecchio

-**100** accessi per Odontalgia

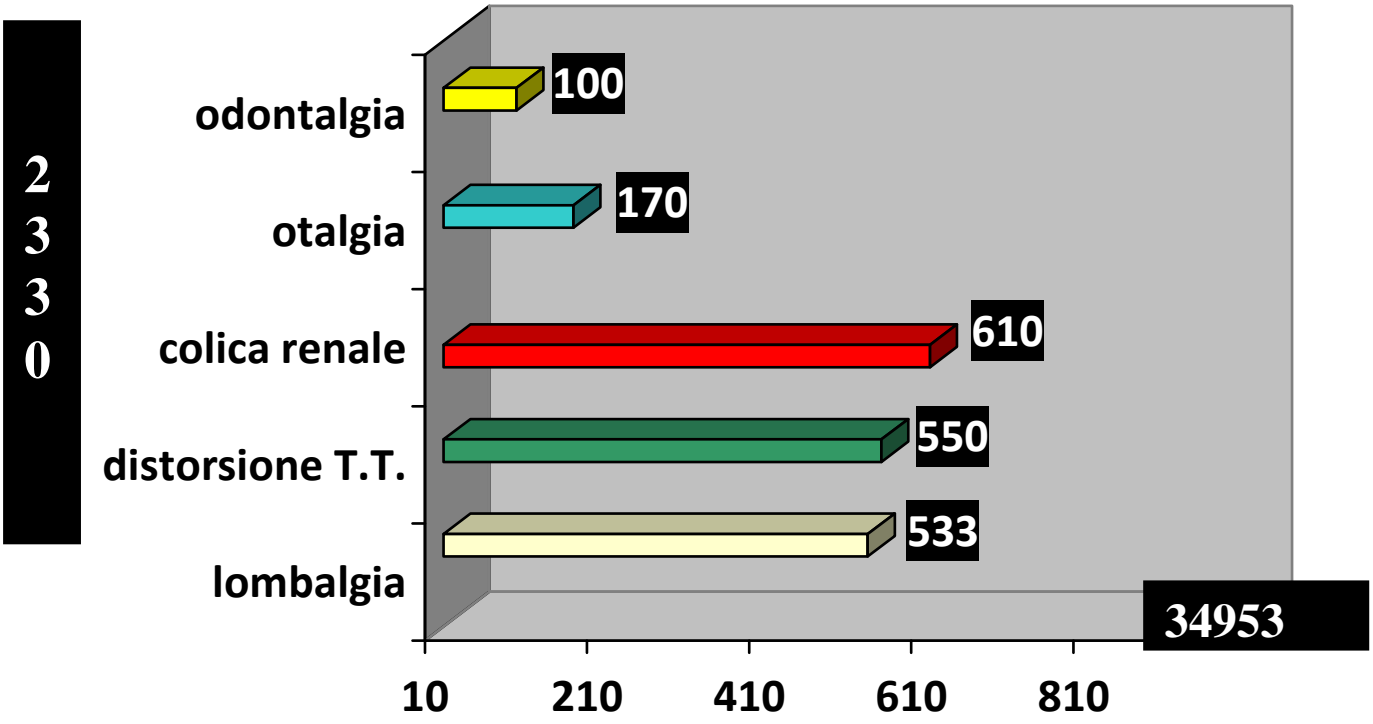
-**300** circa ALTRO per la presenza di codici di dimissione diversi per un uguale patologia(vedi i dati riguardanti il Dolore riferito all'orecchio*)

PER UN TOTALE DI CIRCA 2330 PROBABILI UTENTI DA TRATTARE AL TRIAGE

Tempi Medi di attesa in Triage CODICE VERDE: > 45'

Tempi Medi di attesa in Triage CODICI BIANCHI: > 90'

(tempi valutati per quanto riguarda le patologie sopra riportate)



Introdurrei a questo punto, dei dati tratti da un lavoro svolto dai colleghi del Dea di Alessandria (Patrizia Palermo, Anna Fagiani, Linda Crocco, Angela Luparia DEA ASO "Santi Antonio e Biagio e cesare Arrigo",Alessandria) e pubblicato sulla rivista *Emergency care journal-organizzazione,clinica,ricerca-Anno III numero I-Febbraio 2007-www.ecj.it.*

Il lavoro si intitola "**L'Infermiere di triage nella gestione precoce del dolore acuto in Pronto Soccorso"** e si basa sullo studio degli utenti che hanno avuto accesso in Pronto Soccorso dal 13 giugno 2005 al 13 luglio 2005 presentando un dolore di tipo acuto. Il campione isolato era rappresentato dagli utenti il cui dolore era riconducibile alle seguenti condizioni cliniche: algie muscolo-scheletriche,contusioni e distorsioni,fratture,cefalea,otalgia,odontalgia colica renale o biliare.L'indagine è stata eseguita con l'utilizzo di una griglia compilata dall'infermiere di triage

utilizzando la scala VAS a tempo zero e a tempo uno dopo un'ora dalla somministrazione del farmaco secondo un protocollo appositamente studiato.

Nel periodo preso in considerazione il numero complessivo di utenti che si è rivolto al pronto Soccorso è stato di **2443**; di questi,**439** utenti (**19%**) accusavano un dolore acuto riconducibile alle condizioni cliniche sopra indicate. Di tutti questi pazienti il **22%** aveva già assunto terapia antalgica a domicilio. A tutti è stato chiesto se desideravano essere trattati per il dolore al triage: il **17%** hanno richiesto la terapia che è stata efficace nel **79%** dei casi .Il farmaco utilizzato è stato il Paracetamolo in **32** casi, Paracetamolo+Codeina in **2** casi, un FANS in **41** casi e in un caso la Morfina Solfato.

La valutazione,in base alla scala VAS, della distribuzione dei pazienti che hanno richiesto terapia rileva che per una VAS>70 chiede l'intervento antalgico il **26%** di questi,per una VAS tra 50 e 70 il **21%**,tra 20 e 50 il **33%** nessuno con VAS<20. Se si verifica quali condizioni cliniche di presentazione hanno richiesto più spesso il trattamento,si osserva che nel gruppo cefalee con VAS 50-70 e >70 la terapia è stata richiesta nel **27%** dei casi; nel gruppo con algie muscolo-scheletriche con VAS 20-50 è stata richiesta nel **16%** dei casi; nel gruppo con odontalgie VAS 20-70 o >70 la terapia è stata richiesta nel **55%** dei casi; nel gruppo fratture VAS 20-50 la terapia è stata richiesta nel **20%** dei casi; nel gruppo coliche renali e biliari VAS 50-70 il trattamento viene chiesto nel **20%** dei casi mentre nel gruppo contusioni VAS 20-50 la terapia è richiesta nel **18%** dei casi.

Dati non impressionanti, come specificato nel lavoro dei colleghi, rispetto a quello riportato nella letteratura anglosassone ma comunque di rilievo.

2.1.2. CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

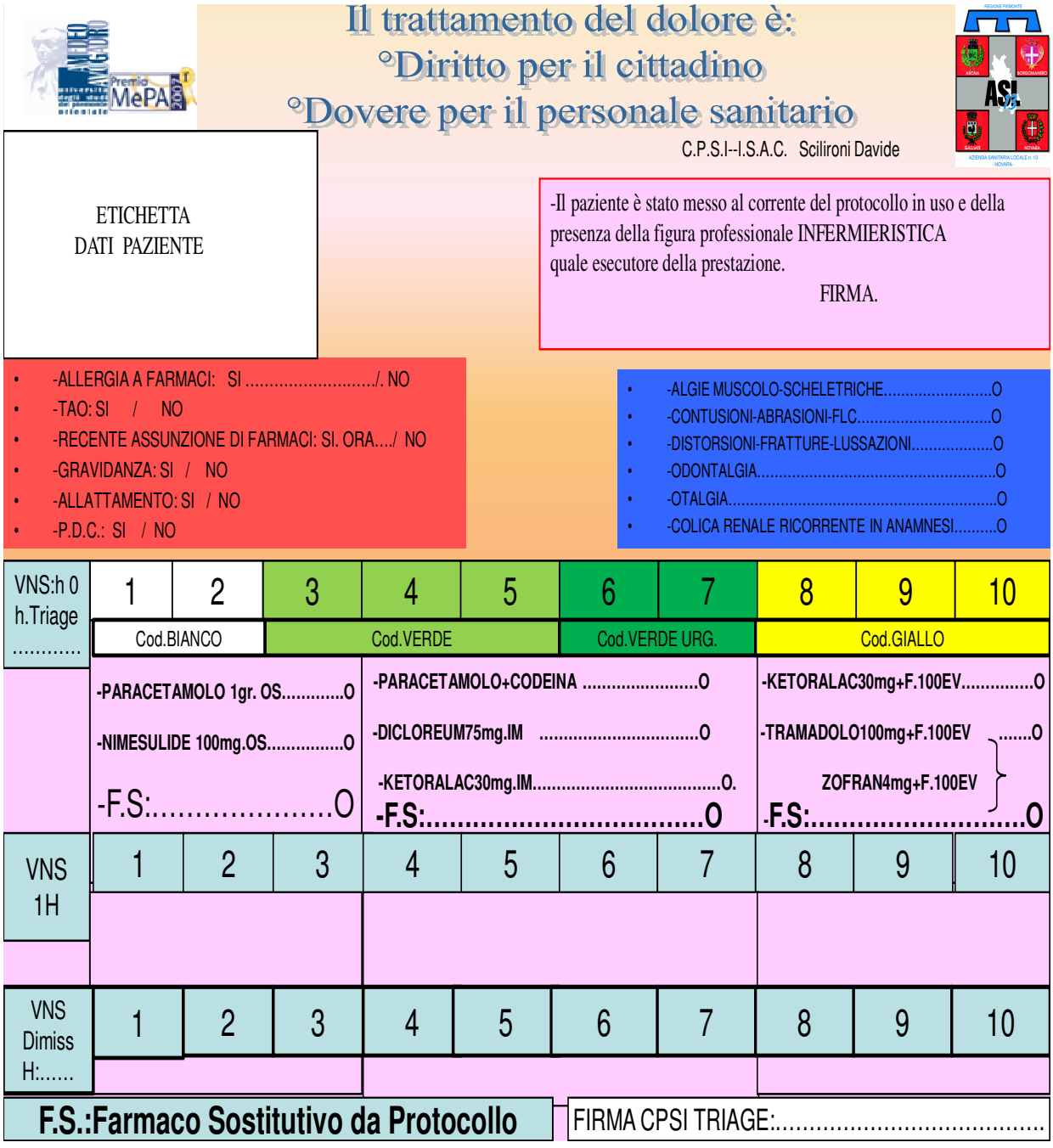
Di seguito sono riportati dei prospetti riguardanti i criteri di inclusione ed esclusione riguardanti il protocollo operativo(tratti dal protocollo in uso presso il DEA di NOVARA con l'aggiunta di modifiche concordate con Resp.Dea Dott. Didino)

CRITERI DI INCLUSIONE
Dolore di intensità< 4/10 su scala VNS nei seguenti contesti
1) **trauma isolato di un arto** (esclusi quindi i politraumi)
2) **odontalgia- otalgia**
3) **colica urinaria**: anamnesi positiva per litiasi urinaria con dolore identico all'attuale
4) **lombalgia/lombosciatalgia**:dolore lombare o lombosciatalgico assente a riposo, aggravato dal carico e dal movimento
5) **distorsioni-contusioni**

CRITERI DI ESCLUSIONE
- codice rosso o codice giallo al triage
- età < 18 anni o > 65 anni
- politrauma o trauma cranico
- malattie sistemiche gravi - CEFALEA –Liopotimia-Sincope- P.D.C
- paziente rissoso o confuso o rallentato/sonnolento
- dolori addominali - patologie Ginecologiche

2.1.3 IL PROCOLLO

-OBIETTIVO N 3:



La scheda è la stessa usata nella valutazione degli utenti (OBIETTIVO 2) con la sola aggiunta dei farmaci inclusi nel protocollo,rimane la valutazione della scala VNS all'ora del triage con

associato il codice colore, dopo 1 ora dalla somministrazione del farmaco e alla dimissione. In questo caso la terapia verrà eseguita dallo stesso infermiere di triage.

Ad ogni patologia viene assegnato un trattamento farmacologico ideale.

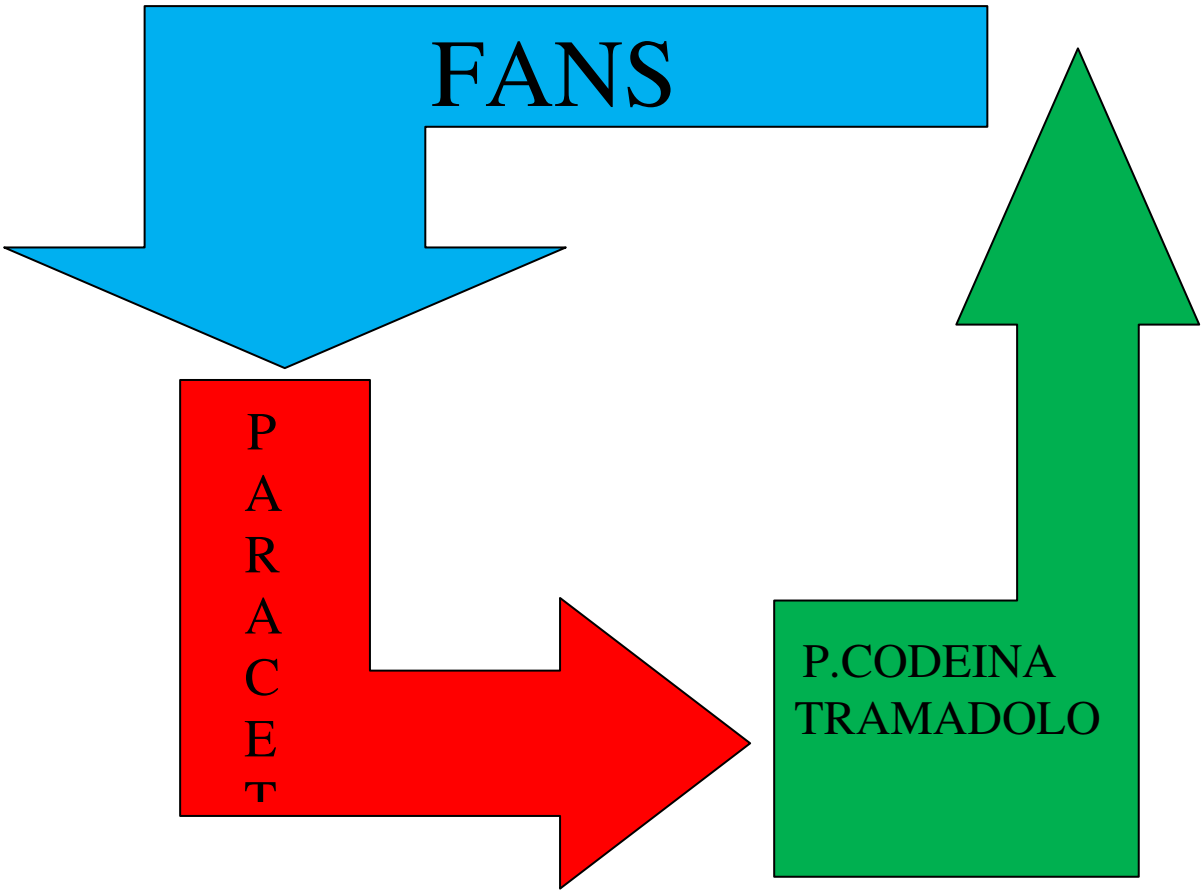
CONTESTO	TRATTAMENTO IDEALE
Trauma isolato di un arto-Distorsioni-Contusioni-	**DICLOFENAC** 75 mg IM **KETOROLAC** 30 mg IM
Odontalgia	**PARACETAMOLO** 1 GR OS **NIMESULIDE** 100 MG OS **DICLOFENAC** 75 mg IM **KETOROLAC** 30 mg IM
Otalgia	**PARACETAMOLO** 1 g OS oppure **NIMESULIDE** 100 mg OS **KETOROLAC** 30 mg IM
Colica urinaria	**PARACETAMOLO/CODEINA** 1 GR OS **DICLOFENAC** 75 mg IM oppure **KETOROLAC** 30 mg IM **KETOROLAC** 30 mg + F100 EV **TRAMADOLO** 100 mg +F100EV +,**zofran 4mg F100 EV**
Lombalgia o Lombosciatalgia	**DICLOFENAC** 75 mg IM **KETOROLAC** 30 mg IM

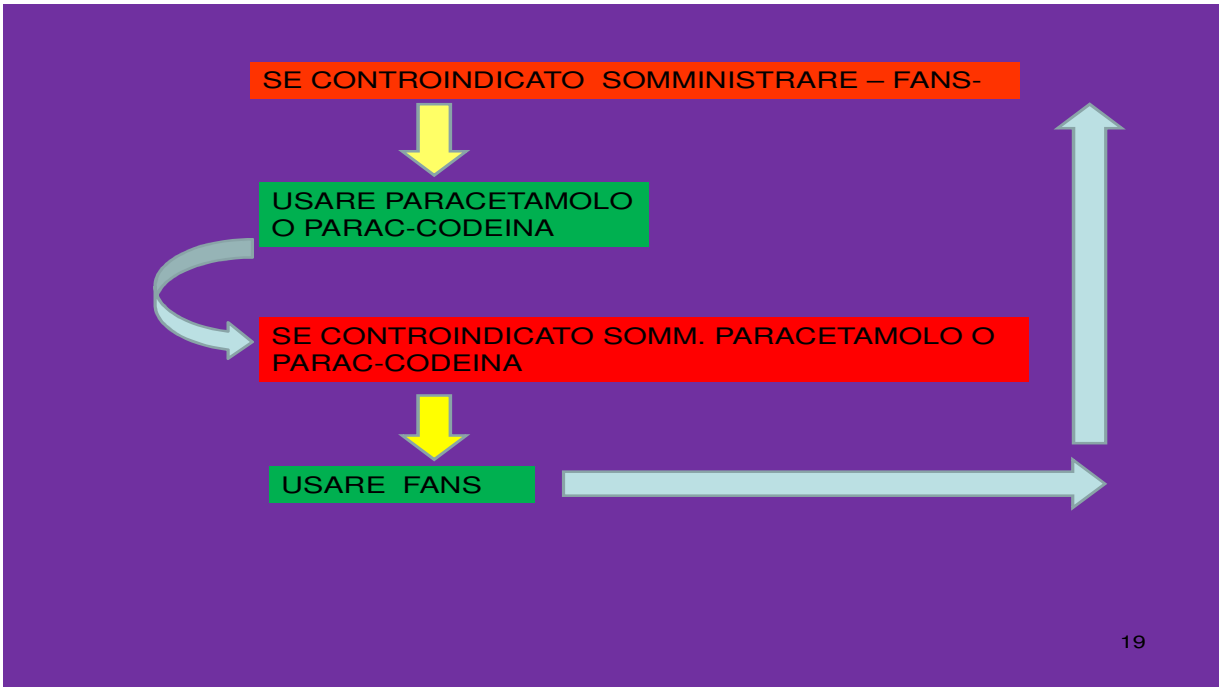
(prospetto tratto da quello in uso presso il DEA di NOVARA, con la modifica di alcuni farmaci e dosi di somministrazione, discusse con la Dottoressa Emanuela Zecca Anestesista H.Borgomanero e Dott.Claudio Didino Coord. DEA Borgomanero)

Paracetamolo controindicato	Farmaco sostitutivo (nell'ordine)
Allergia a paracetamolo	Diclofenac/ketorolac,
Assunzione di >2 g paracetamolo nelle ultime 24 h	Diclofenac/ketorolac,

FANS controindicati (Diclofenac, Ketorolac,Nimesulide)	Farmaco sostitutivo (nell'ordine)
In terapia con FANS o cortisonici	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo
In terapia anticoagulante (Coumadin, Sintrom) o antiaggregante (ASAa, ticlopidina, clopidogrel…)	Paracetamolo/codeina,Paracetamolo
Allergia ai FANS	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo
Ipertensione grave non controllata	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo
Asma bronchiale	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo
Gravidanza	Prima del 6° mese diclofenac; dopo il 6° mese paracetamolo/codeina;
Pregressa o attuale ulcera gastrica o gastrite, oppure grave dispepsia	paracetamolo/codeina,Paracetamolo
Grave insufficienza renale	Paracetamolo/codeina; Paracetamolo
Grave insufficienza cardiaca	Paracetamolo/codeina; Paracetamolo
Grave insufficienza epatica	Paracetamolo (750 mg)
Intervento chirurgico da meno di 2 settimane, o sanguinamento in atto o storia di grave emorragia da qualunque sede (cerebrali, gastrointestinali, vaginali, bronco-polmonari…)	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo
Etilismo cronico	Paracetamolo
Cancro	Paracetamolo/codeina, Paracetamolo

Tramadolo-Codeina - controindicate	Farmaco sostitutivo (nell'ordine)
Tossicodipendenti	Diclofenac/ketorolac, , paracetamolo
SpO2<95% o frequenza respiratoria <12 atti/min	Diclofenac/ketorolac, , paracetamolo
Dispnea come sintomo dominante il quadro clinico	Diclofenac/ketorolac, , paracetamolo
PA sistolica <110 mmHg	Diclofenac/ketorolac, paracetamolo
Alvo chiuso a feci e gas	Diclofenac/ketorolac,





(Cosi schematizzato il protocollo si identifica come un “circuito chiuso”, dove e’ difficile sbagliare,come si nota dove e’ controindicato l’uso del Fans il farmaco sostitutivo e’ il Paracetamolo o la Codeina che a loro volta se controindicati vengono sostituiti da un Fans. Se non vi e’ via di uscita il protocollo non viene attuato.)

-

-CONCLUSIONI-

Lo scopo di questo studio è quello di definire il ruolo dell'infermiere nella valutazione e nel trattamento precoce del dolore acuto già in sede di triage. L'ipotesi è che il trattamento del dolore acuto in Pronto Soccorso da parte dell'infermiere di triage, in alcuni casi ben selezionati,migliori la qualità dell'assistenza offerta. **Il livello di soddisfazione dell'utente è direttamente correlato non solo al trattamento del dolore e alla sua completa regressione, ma anche alla capacità degli operatori sanitari di gestire il sintomo.** Lo stesso lavoro di ricerca evidenzia come gli utenti debbano aspettare a lungo, circa settanta minuti,prima di ricevere l'analgesia, mentre gli stessi si aspetterebbero un tempo di attesa di circa venti minuti.[*Fosnochot DE, Heaps ND et al. Patient expectations for pain relief in the ED. Am J Emerg Med 2004;22:286-288]*

Esistono molte ragioni per cui il dolore viene gestito in maniera inadeguata,di queste alcune sono da riferirsi a false credenze quali la paura degli effetti collaterali degli oppiacei oppure la convinzione, priva di fondamento scientifico, che la terapia antalgica ostacoli il processo diagnostico.[*Beel T,Mitchiner JC et al. Patient preferences regarding pain medication in ED. Am Emerg Med 2001;18:376-380].*

Siccome questo sintomo si presenta in molte situazioni che hanno un diverso livello di gravità, in quelle più severe, come ad esempio il politrauma, il dolore difficilmente costituisce il primo obiettivo terapeutico del medico. Nonostante questo, negli ultimi anni sono stati fatti progressi nella sua gestione e nei programmi di accreditamento s'insiste molto sulla necessità che nei Dipartimenti di Emergenza si ponga attenzione al trattamento precoce di questo sintomo.[*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO).Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals.Update 3 , 1999].*

Fosnocht e Swanson evidenziano come l'introduzione routinaria della VNS(o altre scale di valutazione) porti a una riduzione dei tempi di attesa di circa un'ora e mezza o comunque una riduzione di 39 minuti per ricevere un trattamento antalgico.[*Fosnocht DE, Swanson ER, Bossart P. Patient expectations for pain medication delivery. Am J Emerg Med 2001; 19: 399-402].* L'utilizzo di queste scale e in particolare della VNS permette, oltre alla valutazione iniziale, di capire anche quale sia stata l'efficacia della terapia somministrata a un secondo controllo ,questo comporta da parte dell'infermiere una presa in carico del paziente più attenta a tutte le componenti riferite ai parametri clinici più importanti. Il fine ultimo è quello di poter diminuire le complicanze, il tempo di degenza in DEA, di ridurre la risposta allo stress da dolore, prevenire le sindromi dolorose croniche e infine ma non per minor importanza la motivazione etica.

-BIBLIOGRAFIA-

-FRY M; RYAN J,ALEXANDER N. A prospective study of nurse initiadet panadeine forte:expanding pain management in the ED. Accid Emerg Nurs. 2004 july; 12(3): 136-40.

- GRAHAM J. Adult patiens' perceptions of pain management at triage:a small exploratory study. Accid Emerg Nurs. 2002 April; 10(2):78-86

- Adams N, Poole H, Richardson C., 2006], [Adams N, Field L., 2001

- Jantos TJ et al 1996

- Brown JC. Et al 2003

- RICARD HIBON A, DUCASSE JL, RAVAUD P. WOOD C. VIEL E, CHAUVIN M,BRUNET F, BLEICHNER G. Quality control programme for acute pain management in emergency medicine:a national survery. Eur J Emerge Med. 2004 August; 11(4): 198-203

- Carr DB, Goudas LC: Lancet 1999;353:2051-2058

-1)Fordyce WE, Brena SF, De Lauter BI, Nolcomb RJ, Loeser JD.Relationship of patient semantie pain descriptors io physician diagnostie judgements,aetivity level measures and MMPI.Pain 1978; 5:293-303.

-2)Melzack R. The Puzzle ofpoin. New York: Basie Books; 1973

-3)Malow RM. The effects of induced anxiety on pain perception; a signal detection analysis. Pain 1981; 11:397-405

-4)Chapman, CR Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH,Reading AE. Pain measurement: an overview.Pain 1985; 22:1-3 l

-5) Reading AE. Testing pain mechanisms in person in pain. In: Wail PD, Melzack R, cds. Textbook of pain.London: Churchili Livingston; 1984.

-6)Tait RC, Chibnall JRT, Krause S. The Pain Disability Index: psychometric propeties. Pain 1990; 40: 171-182.

-7)Waddell G, pilowsky 1, Bond MR. Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain.Pain 1989; 39:41-53

-8)Dixon JS. Ageement between horizontal and vertical visual analogue scales. Br J Rheumatol 1986; 24:415-416.Letter

-9)LeResche L. Facial expression in pain : a study of candid photographs. J Non verbal Behav 1982; 7:46-56

-10)Kabn EA, On facial expression.Clin Neurosung 1966; 12:9-22

-11)LeResche L, Dworkin SF. Facial expression accompanying pain.Soc Sci Med 1984;19:1325-1330.

- Fosnochot DE, Heaps ND et al. Patient expectations for pain relief in the ED. Am J Emerg Med 2004;22:286-288

- Beel T,Mitchiner JC et al. Patient preferences regarding pain medication in ED. Am Emerg Med 2001;18:376-380

-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO).Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals.Update 3 , 1999

- Fosnocht DE, Swanson ER, Bossart P. Patient expectations for pain medication delivery. Am J Emerg Med 2001; 19: 399-402

Ringrazio per l'aiuto datomi nello svolgimento di questo lavoro la Dottoressa Zecca Emanuela, la Dottoressa Kozzel Daniela, la Dottoressa Suardi Barbara e il Dottor Didino Claudio.

Un grazie particolare, per la professionalità e l'interesse dimostrato, a tutti i colleghi di lavoro.

Un ringraziamento speciale a mia moglie per l''aiuto morale durante l'intero anno di Master.

Novara, 18/02/2009 *Scilironi Davide*