

Il triage avanzato nella gestione del dolore acuto in pronto soccorso

E. Mandora, E. Paterlini

Pronto Soccorso Presidio di Gardone V.T., Azienda Spedali Civili di Brescia

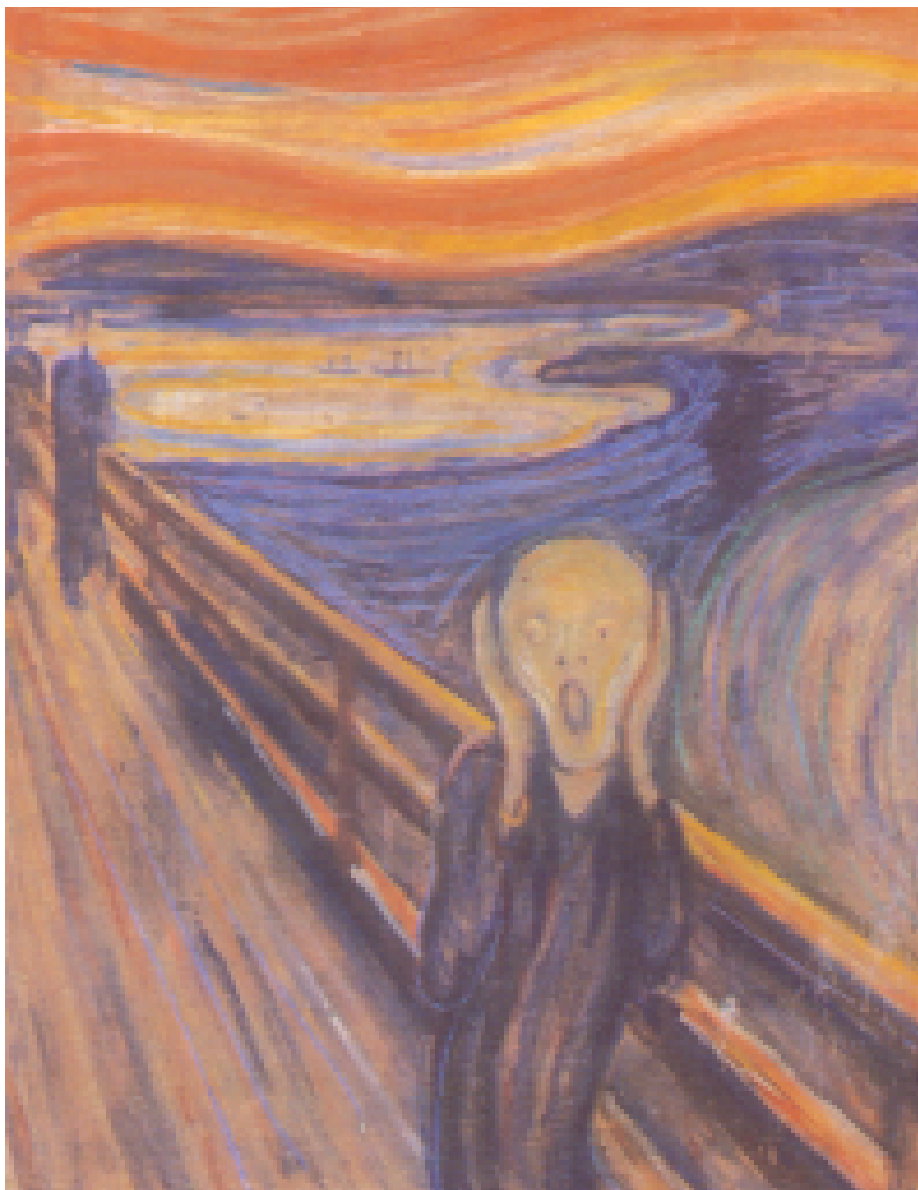
Il dolore è un fenomeno complesso, in genere un'esperienza spiacevole, associata ad un danno tissutale. Tale esperienza si attua a molti livelli ed è quindi specifica di ciascun individuo perché la percezione del dolore risulta estremamente variabile e soggettiva. Il dolore ha una funzione protettiva: allerta la persona a degli stimoli potenzialmente pericolosi e stimola a fuggire, a immobilizzare o ad assumere altri comportamenti per proteggere i tessuti danneggiati. Il dolore è una delle ragioni più comuni e irresistibili per cui le persone ricercano assistenza sanitaria. La comprensione dei meccanismi del processo del dolore e dei fenomeni dolorosi aiuta l'infermiere ad intervenire efficacemente. Il dolore è percepito nel cervello come risultato di processi complessi di stimolazione di un sito dovuto ad un danno potenziale o ad un trauma. La percezione della sensazione dolorosa è il risultato di molti input differenti.

Il dolore è descritto attraverso

- la localizzazione
- l'intensità
- la qualità
- il modello temporale

Le componenti sensoriali dell'esperienza dolorosa sono soggettive, ma possono essere misurate attraverso strumenti standardizzati. La descrizione che una persona dà dell'intensità del dolore può differire da quello di un'altra sottoposta agli stessi stimoli dolorosi.

Per quanto concerne la localizzazione distinguiamo il dolore superficiale che proviene dalla pelle o da un tessuto interno ed è di solito circoscritto. Il paziente è in grado di riferire la sua localizzazione. Quando invece il dolore origina da organi interni, la localizzazione riferita può non essere nell'area di danno tissutale. Ad esempio, il dolore da parte di organi addominali o pelvici (fegato, milza, reni o vescica), può essere riferito ad aree abbastanza lontane dal sito del tessuto danneggiato.



to. L'intensità del dolore indica l'importanza e la quantità di dolore percepito. Per la valutazione quantitativa si utilizzano delle scale unidimensionali che si basano esclusivamente su quanto riportato dal paziente. **La scala più utilizzata è la**

Numeric Rating Scale (NRS); va da 0 a 10 o da 0 a 5 in cui i limiti rispettivamente rappresentano "assenza totale di dolore" e il "dolore più alto immaginabile". La qualità del dolore è il modo in cui il dolore viene percepito e descritto dal

paziente. Ad esempio un mal di testa può essere come una “martellata”. Il modello temporale comprende l’inizio del dolore (quando comincia) e la durata (quanto a lungo dura). Il paziente può avere un dolore continuo, un dolore incidentale (in relazione a specifici movimenti o azioni), o un dolore con interruzioni. Distinguiamo quindi un dolore acuto, che si verifica in modo repentino ed inaspettato, dopo un trauma o una malattia e persiste finché non si verifica la guarigione; può essere associato con l’ansia e la paura. Il dolore acuto aumenta durante la cura di ferita, la deambulazione, la tosse e la respirazione profonda. Se non è efficacemente gestito, questo dolore può progredire ad un stato cronico. Il dolore cronico è definito come un dolore persistente o intermittente per più di sei mesi, può iniziare come episodio acuto o può essere più insidioso rendendo difficile descriverne l’insorgenza. La persona non riesce a stabilirne la causa, che quindi non è trattabile con terapie specifiche. Rabbia, paura, ansia, tristezza sino alla depressione sono reazioni emotive che si possono scatenare in questi pazienti. È altresì vero che l’adulto risponde al dolore in modo vario. Per alcuni adulti, dire di avere dolore è segno di debolezza, altri possono ignorare il segnale dolore, altri possono rispondere con azioni appropriate, come eseguire un controllo medico e/o cambiare stile di vita. Gli anziani e i bambini presentano alterne reazioni. I primi spesso a causa di errate concezioni sugli effetti dell’età, possono non sentire il dolore (neuropatie diabetiche) o associarlo a problemi di salute cronica (algie muscolo-scheletriche). Ad esempio, un anziano colpito da un infarto miocardico può lamentare algie alla gola e/o eccessiva presenza di gas nello stomaco, o addominalgia, oppure una fatica estrema, piuttosto che il tipico dolore toracico identificato dall’adulto più giovane. Per quanto concerne il dolore nei bambini è utile distinguere le differenti fasce di età. Il neonato o infante non riferiscono verbalmente il dolore, ma rispondono al dolore con movimenti di tutto il corpo e il pianto. I bambini ai primi passi non identificano la sorgente del dolore che stanno provando, mentre i bambini più grandi e quelli in età prescolare sviluppano l’abilità di descrivere, identificare e localizzare la sorgente del dolore. È importante in questo gruppo di età valutare caratteristiche associate quali letargia, fatica, anoressia e regressione. In questa fase il dolore rappresenta una sorgente di paura e il bambino risponde piangendo e dimostrando rabbia, reazione fisica o rifiuto. I

bambini in età scolare iniziando a sviluppare il proprio ingegno e le proprie capacità, iniziano a cercare di comprendere la loro vita e quindi possono identificare la localizzazione specifica, l’intensità la qualità ed il modello temporale. È importante tenere conto del fatto che **il dolore rappresenta il sintomo di presentazione più comune per quanto concerne i pazienti che accedono al Pronto Soccorso**: è possibile raggiungere una prevalenza di oltre il 60% ed è la causa di accesso in oltre il 50% degli utenti. Tale elevata prevalenza ha importanti implicazioni nell’utilizzo delle risorse, ma soprattutto presenta risvolti riguardo alla necessità di improntare e potenziare una adeguata formazione medico-infermieristica relativamente alla gestione ottimale e funzionale del dolore. Infatti, pur essendo il dolore la causa più frequente per cui gli utenti richiedono aiuto, si assiste spesso ad un inadeguato ed insufficiente trattamento: sovente, l’attenzione del sanitario è focalizzata all’individuazione e cura della patologia sottostante e scatenante la sintomatologia dolorosa a scapito della gestione, attenuazione o risoluzione del dolore in quanto tale. Ciò deriva sostanzialmente dalla scarsità ed inappropriata di mezzi di valutazione e gestione del dolore, in particolare nei **pazienti pediatrici e nei pazienti fragili (geriatrici, polipatologici, polifarmacologici)**. Dato fondamentale di cui tenere conto è il tempo che intercorre tra la rilevazione del sintomo dolore nel momento dell’accesso in Pronto Soccorso e la somministrazione di terapia antalgica, che è mediamente di 60 minuti. Alla luce di queste prime, sommarie riflessioni, risulta evidente l’importanza di uno studio pragmatico e irato che consenta di rilevare concretamente la necessità di improntare una metodica atta ad individuare in fase di triage avanzato, gestire e trattare in ambulatorio e/o in osservazione breve intensiva la sindrome dolorosa con criteri di efficienza ed efficacia assolutamente funzionali, riconosciuti e condivisi.

SCOPO DEL LAVORO

Distinguiamo gli obiettivi dello studio prospettico osservazionale in:

obiettivi generali

- valutare la prevalenza del sintomo dolore nel Pronto Soccorso
- valutare l’impatto dell’utilizzo di analgesici, suddivisi in tre categorie (antinfiammatori non steroidei, tramadolo, oppiacei)
- stimare il tempo di latenza tra la presentazione del sintomo al triage e l’impiego di analgesia

- stimare l’efficacia dell’analgesia impiegata

obiettivi infermieristici specifici

- valutazione delle modalità di approccio al paziente sofferente, con particolare attenzione al paziente pediatrico ed al paziente fragile
- capacità di riconoscere e classificare il dolore (modalità di comparsa, insorgenza, durata, localizzazione, caratteristiche, correlazione con i bisogni compromessi)
- modalità di rilevazione dell’intensità del dolore (scale di valutazione, registrazione)
- modalità di trasmissione al medico dei dati e delle informazioni utili per un inquadramento diagnostico-terapeutico
- conoscenza dei principi della terapia antalgica, in particolare quella farmacologica, i principali farmaci, le vie di somministrazione, gli effetti benefici, quelli collaterali e gli eventuali rimedi
- modalità di informazione ed educazione al paziente, alla famiglia, al fine di migliorare la qualità della vita

PAZIENTI E METODI

Il nostro studio osservazionale si compone di due fasi. Nella prima sono stati considerati tutti i pazienti che si sono presentati presso il Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia per un periodo di 7 giorni consecutivi. Fra costoro sono stati valutati i pazienti che al momento del triage hanno riferito tra i sintomi una componente dolorosa. Sono stati esclusi dalla valutazione i pazienti che per condizioni cliniche e/o emodinamiche hanno richiesto un trattamento rianimatorio urgente ed i pazienti con deficit cognitivi tali da impedirne la collaborazione e l’attendibilità. Durante la fase di triage è stato redatto per ciascun paziente una scheda anonima comprendente i dati demografici del paziente, la sede del dolore e la valutazione qualitativa del dolore all’ingresso in Pronto Soccorso tramite una scala numerica da 1 a 10 (**NRS**). L’utilizzo di una scala numerica è stato dettato dalla rapidità di comprensione della stessa da parte dei pazienti e dalla facilità di somministrazione. Il dolore è stato classificato in tre diversi livelli di gravità crescente: **lieve** se il punteggio è compreso tra 1 e 3, **moderato** se compreso da 4 a 7 e **severo** se maggiore di 7. Nella seconda fase dello studio è stata valutata, sempre per un periodo di 7 giorni, oltre alla fase di triage, anche l’utilizzo di farmaci analgesici e la loro efficacia nel tempo. È stata inclusa nell’osservazione

SUDE DEL DOLORE prima settimana di rilevazione



Fig. 1

quindi l'attività ambulatoriale e dell'eventuale osservazione breve intensiva (OBI), considerando l'eventuale trattamento farmacologico analgesico. Se è stata som-

ministrata una terapia analgesica, questa è stata riportata sulla scheda anonima ove è stato altresì segnalato il tempo di latenza della somministrazione valutata tramite la tempistica registrata in via informatica al triage. In ogni caso, il paziente è stato rivalutato dopo un'ora per segnalare le variazioni della sintomatologia anche in caso di mancato trattamento.

SEDE DEL DOLORE seconda settimana di rilevazione

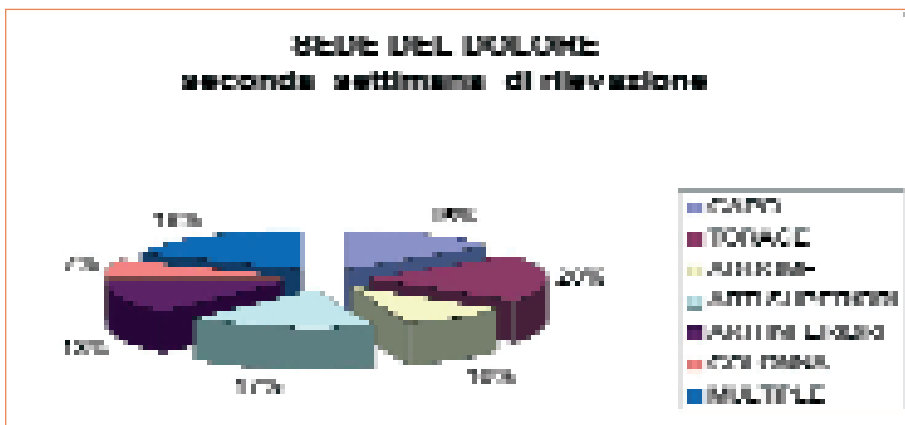


Fig. 2

ministrata una terapia analgesica, questa è stata riportata sulla scheda anonima ove è stato altresì segnalato il tempo di latenza della somministrazione valutata tramite la tempistica registrata in via informatica al triage. In ogni caso, il paziente è stato rivalutato dopo un'ora per segnalare le variazioni della sintomatologia anche in caso di mancato trattamento.

ministrata una terapia analgesica, questa è stata riportata sulla scheda anonima ove è stato altresì segnalato il tempo di latenza della somministrazione valutata tramite la tempistica registrata in via informatica al triage. In ogni caso, il paziente è stato rivalutato dopo un'ora per segnalare le variazioni della sintomatologia anche in caso di mancato trattamento.

RISULTATI

Dall'analisi della prima settimana si può osservare come su 414 accessi presso il Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia 158 pazienti hanno presentato al momento del triage una sintomatologia dolorosa (38,16%). Di tali pazienti 84 sono maschi e 74 femmine, l'età media è di 40,76±19,5 anni; 139 pazienti sono di nazionalità italiana e 19 sono stranieri. La sede del dolore è multipla nell'11,4% dei pazienti; interessa in 35 pazienti il capo, in 22 il torace, in 13 l'addome, in 82 gli arti e in 24 la colonna (FIG. 1). I pazienti lamentano un dolore lieve nel 27,3% dei casi, moderato nel 58,2% e severo nel 14,5% (FIG. 3).

Durante la seconda settimana di raccolta dati il sintomo dolore è stato riferito da

ra sia di entità lieve-moderata: al 77% di tali pazienti non è stata infatti somministrata alcuna terapia analgesica. Tra i pazienti trattati farmacologicamente, nella maggior parte dei casi è stato somministrato un FANS (51,7%), nel 7,15% dei casi è stato somministrato il tramadolo, nel 3,5% dei casi è stato somministrato un oppiaceo; nel 5,3% dei casi è stata utilizzata una terapia combinata di più farmaci. Inoltre nel 33,9% dei casi sono stati impiegati altri farmaci, tra cui anestetici locali, miorellassanti, antiacidi, inibitori di pompa, etc. (FIG. 4). La terapia analgesica è stata praticata nel 42,8% dei casi entro 10 minuti, nel 39,4% dei casi entro 30 minuti, nel 3,6% dei casi tra 30 e 60 minuti, e nel 14,2% dei casi entro un'ora; atteggiamento completamente diverso si è evidenziato nei pazienti con dolore severo: in tutti i 22 casi stata praticata terapia analgesica. Alla valutazione dopo un'ora nel 54,5% dei casi il dolore era stazionario, nel 36,3% dei casi ridotto, nel 9,2% dei casi assente.

DISCUSSIONE

I dati raccolti nel nostro studio osservazionale confermano l'elevata prevalenza del sintomo dolore nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Infatti, presso la nostra struttura, la percentuale di utenti che manifestano sintomatologia dolorosa è superiore al 35%. Il trattamento del dolore riveste quindi un'importanza fondamentale nella gestione del paziente che accede al dipartimento di emergenza-urgenza, ancorché sia poco considerato. Ciò è palese se prendiamo in considerazione alcuni contesti più attenti al trattamento del dolore, in particolare modo il progetto "Ospedale senza dolore" relativo al paziente oncologico. In tale ambito è stato redatto ed adottato un "manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore", che individua tra gli obiettivi priori-

ENTITA' DEL SINTOMO DOLORE ALL'ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

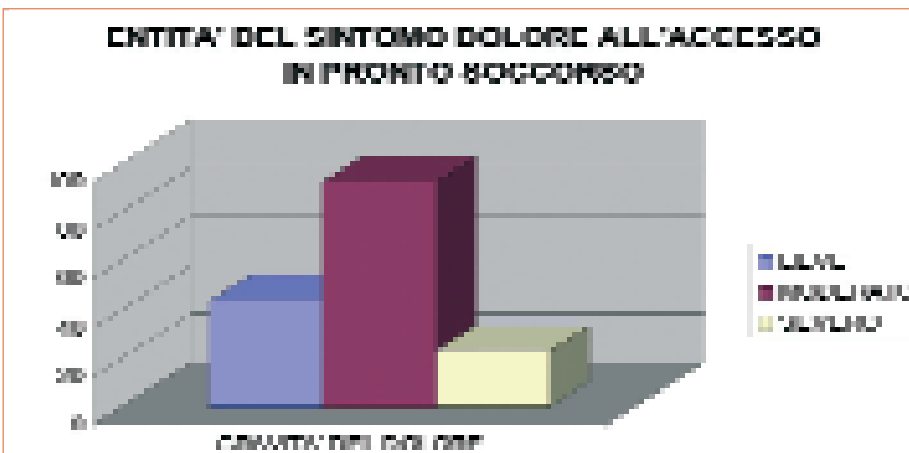


Fig. 3

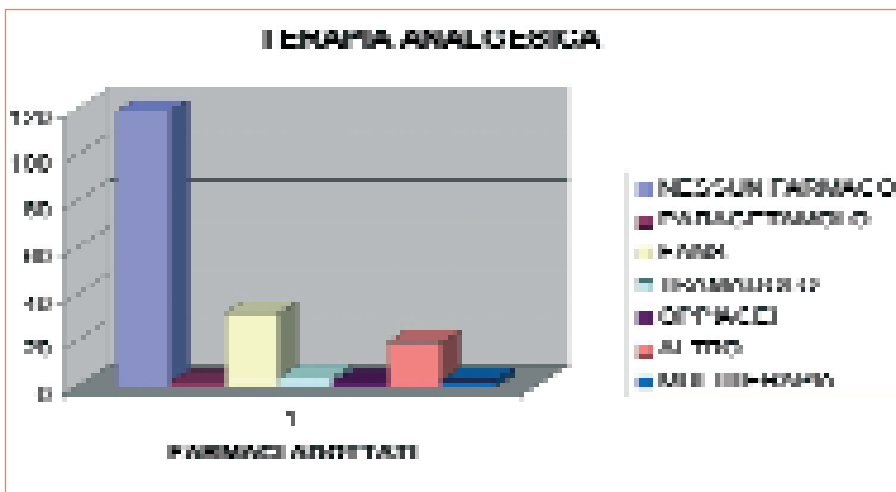


Fig. 4

tari la predisposizione di efficienti ed efficaci interventi per il controllo ed il trattamento del dolore, uno dei sintomi principale e più disturbanti per la qualità di vita del paziente. In questo contesto la diffusione del controllo e del trattamento del dolore rappresenta un obiettivo strategico nella gestione del paziente, che adotta la cultura del diritto di non soffrire.

Anche nell'ambito del dipartimento di emergenza-urgenza, ed in particolar modo nell'attività quotidiana di Pronto Soccorso il trattamento antalgico deve essere basato sulla rilevazione e classificazione del dolore sin dalla fase di accoglienza e di triage infermieristico e deve essere il frutto di un processo di integrazione tra le richieste dell'utente ed il giudizio clinico del medico. La gestione del

dolore deve essere inquadrata in un contesto infermieristico assistenziale, che tenga conto della compromissione dei bisogni fondamentali dell'individuo (bisogno di muoversi e mantenere una posizione corretta, il bisogno di respirare, il bisogno di igiene, il bisogno di dormire, il bisogno di bere e mangiare, il bisogno di eliminare, il bisogno di sicurezza) oltre ovviamente che della somministrazione tempestiva della terapia antalgica prescritta. La somministrazione del farmaco prescritto presuppone ovviamente conoscenza approfondita di farmacologia generale, farmacodinamica, farmacocinesi, vie e modalità di somministrazione, monitoraggio, reazioni avverse, interazione tra farmaci, associazione di farmaci. Dai dati rilevati nel nostro studio si evince che è tuttora inadeguata la sensibilizza-

zione degli operatori sanitari alla valutazione ed al trattamento del dolore. Viene infatti data la priorità all'accertamento dell'etiologia sottostante il sintomo, piuttosto che al suo trattamento repentino. L'adozione di procedure atte a velocizzare i tempi diagnostici, come i percorsi brevi applicati a patologie minori, da sole non migliorano il quadro di una situazione che vede la sindrome dolorosa nel suo complesso ancora troppo poco considerata. Dall'analisi dei dati da noi raccolti si evidenzia quindi la necessità di una specifica preparazione e di una maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari coinvolti nel management del dolore; rilevare e riconoscere l'elevata prevalenza di questo sintomo è il primo e fondamentale passo per arrivare ad esprimere la necessità di implementare la conoscenza in questo contesto.

CONCLUSIONI

L'infermiere è d'aiuto quando comprende che il dolore, benché soggettivo, è un'esperienza reale ed universale, e che il capire il dolore e l'allevarlo è una delle più grandi responsabilità infermieristiche. Grazie alla vicinanza costante al paziente con dolore, l'infermiere è nella migliore condizione per offrire un'assistenza mirata, specifica e funzionale: il dare questo supporto è una sfida, una responsabilità ed un privilegio, oltre che ovviamente un dovere professionale ed un impegno deontologico. Per questa ragione la formazione specifica sulla gestione del dolore in Pronto Soccorso degli operatori sanitari è un punto chiave per il trattamento del dolore e deve avere un carattere multidisciplinare e continuativo. Gli obiettivi del percorso formativo devono comprendere l'approfondimento delle conoscenze neurofisiologiche di base del sintomo dolore e delle sindromi dolorose, il miglioramento della capacità di valutarne le caratteristiche e la definizione di modalità del trattamento con l'ausilio di specifici protocolli riconosciuti e condivisi.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia per la collaborazione la Dr.ssa Anna Burattin, Medico del Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner S. Nursing medico-Chirurgico Casa Editrice Ambrosiana 2001; unità XII Cognizione e percezione: 1320-1335
2. Carpenito L.J. L'assistenza infermieristica Casa Editrice Ambrosiana 2001; 7: 345-363
3. Frankenstein RS. Assesment and menagment of pain. JAMA 2000;284(18):2317-8
4. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgiasia in the emergency medecine. Ann Emerg Med. 2004; 43(4): 4944-503

