
 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 1 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0


GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

ATTIVITA	RESPONSABILE	FIRMA
Redazione e Verifica	Gruppo di lavoro aziendale "Anestesia e Rianimazione"	
Approvazione	Direzione Generale	
Emissione e distribuzione	<ul style="list-style-type: none"> • SSD Accreditamento Istituzionale • Qualità e Risk Management 	


 ASLCagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 2 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE

<i>Aldo Monni</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Antonio Saiu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Ferdinando Corrias</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Luigi Furcas</i>	<i>Infermiere</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>M. Vincenza Monni</i>	<i>Infermiera</i>	<i>SSD Autorizzazione e Accreditamento</i>	<i>Coordinamento e verifica</i>
<i>Arianna Piludu</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Anestesia - P.O. San Marcellino</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Giovanni Maria Pisanu</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Businco</i>	<i>Redazione e verifica</i>
<i>Maura Floris</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Rianimazione P.O. Marino</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Patrizia Abis</i>	<i>Coord. Inferm.</i>	<i>Rianimazione P.O. Marino</i>	<i>Redazione e Verifica</i>
<i>Anna Maria Moi</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Antonello Murgia</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. San Marcellino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Caterina Davoli</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Cristiano Chirra</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. SS Trinità</i>	<i>Verifica</i>
<i>Daniela Gambula</i>	<i>Infermiera</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Giulia Caddia</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Rianimazione P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Luciana Cauli</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Servizio delle Professioni Sanitarie</i>	<i>Verifica</i>
<i>Luciano Serra</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Businco</i>	<i>Verifica</i>
<i>Luigi Lai</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>
<i>Vittorio Floris</i>	<i>Dirigente Medico</i>	<i>Anestesia P.O. Marino</i>	<i>Verifica</i>

 ASLCagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 3 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

<i>Indice</i>	<i>Pagina</i>
<i>Premessa</i>	<i>4</i>
<i>1. Scopo</i>	<i>5</i>
<i>2. Campo di applicazione</i>	<i>5</i>
<i>3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia</i>	<i>5</i>
<i>4. Responsabilità</i>	<i>6</i>
<i>5. Il Dolore Post Operatorio</i>	<i>6</i>
<i>6. Validazione</i>	<i>8</i>
<i>7. Materiali e strumenti utilizzati</i>	<i>8</i>
<i>8. Bibliografia e riferimenti normativi</i>	<i>8</i>
<i>9. Allegati</i>	<i>10</i>
Allegato 1: Prescrizione Antalgica Postoperatoria	<i>11</i>
Allegato 2: Cartella di Analgesia Postoperatoria	<i>17</i>
Allegato 3: Modulo Informativo su come Misurare il Dolore	<i>19</i>

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 4 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Premessa

Il dolore può essere un segnale d'allarme utile per la comprensione della malattia, ma una volta individuata la causa che lo provoca, il dolore che ne consegue è inutile e dovrebbe essere eliminato.

La valutazione del dolore è il fondamento indispensabile per un adeguato trattamento, per questo in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali, è necessario che tutte le strutture aziendali adottino protocolli, elaborati mediante un processo di revisione sistemica della letteratura, adattati alle caratteristiche organizzative e gestionali dei reparti, con il coinvolgimento e la condivisione delle diverse figure professionali dedicate all'assistenza.

Per gli operatori sanitari, la valutazione del dolore basata sul tipo, sull'entità e sulla percezione individuale, rappresenta il presupposto indispensabile per combatterlo attuando un adeguato approccio terapeutico.

Nessun'altra persona può sostituire il paziente nel riferire l'intensità del dolore provato.

Il dolore è un'esperienza che coinvolge non solo la sfera fisica ma anche la dimensione emotiva e psichica della persona.

Secondo la IASP (International Association for the Study of Pain, 1986) il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di tale danno.

Il dolore si differenzia in acuto e cronico, che si distinguono tra loro per eziologia, fisiopatologia, funzione biologica, diagnosi e terapia (Carr, Goudas, 1999; Jones, 2001; Kidd, Urban, 2001; Kuch, 2001).


Il primo è definito come un dolore ad inizio recente spesso brusco e di durata limitata, generalmente ha una correlazione causale e temporale identificabile con un danno tissutale o con una malattia.

Il dolore cronico è definito come un dolore che persiste per più di tre o sei mesi o comunque oltre il periodo di tempo previsto per la risoluzione e sovente non presenta una chiara correlazione causale con la noxa che potrebbe averlo generato.

Il dolore post operatorio (DPO) è considerato il più caratteristico dei dolori acuti, è generalmente prevedibile e si caratterizza per la forte intensità e breve durata. Tale dolore è variabile da soggetto a soggetto ed è influenzato non solo dal tipo di intervento chirurgico ma anche da fattori psicologici, culturali, religiosi, socio-economici e razziali.

Trattare il DPO significa migliorare l'outcome dei pazienti, diminuire la degenza post operatoria, iniziare più precocemente la riabilitazione.

E' riconosciuto che un adeguato trattamento del DPO contribuisce significativamente alla riduzione della morbilità peri-operatoria, valutata come incidenza di complicanze post operatorie, di giornate e di costi, specialmente nei pazienti ad alto rischio (ASA da 3 a 5) sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore e seguiti in area critica (Linee Guida SIAARTI-2010).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 5 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Da più di un decennio, in Italia, il Legislatore ha ribadito l'importanza del controllo del dolore di qualsiasi origine. Per questo motivo, al fine di rafforzare la buona pratica in tale ambito, recentemente è stato sancito l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica, la sua evoluzione durante il ricovero, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato conseguito (Legge 38 del 2010, art.7).

1. Scopo

Lo scopo di questa procedura è:

- sensibilizzare gli operatori sanitari della nostra Azienda sull'importanza della gestione del dolore; - definire la responsabilità e le modalità di gestione;
- garantire il diritto al cittadino di ricevere il trattamento adeguato per la terapia del dolore;
- garantire i dettami della Legge 15 marzo 2010, n° 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", relativa alla valutazione e al trattamento del dolore nei pazienti ricoverati.

In particolare si vuole:

- uniformare le modalità di valutazione e gestione del dolore tra tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza e cura;
- indicare adeguati presidi per la misurazione e il trattamento del dolore,
- fornire materiale informativo ai pazienti in cui viene descritta l'importanza del controllo della gestione e della segnalazione del dolore;

2. Campo di applicazione

La presente procedura deve essere applicata da tutto il personale sanitario in ambito ospedaliero.

Deve essere inoltre garantita la continuità assistenziale nella fase successiva alla dimissione con il coinvolgimento del MMG.


3. Abbreviazioni terminologia definizioni

DPO: dolore post operatorio

DAno: dolore acuto in paziente che non necessita di intervento chirurgico (ma che può essere soggetto a procedure invasive e/o dolorose)

ASA: rischio di procedura anestetologica

VAS: scala visu-analogica del dolore

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 6 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

4. Responsabilità

Attività \ Funzione	Anestesista	Infermiere dedicato all'anestesia	Medico di Reparto	Infermiere di reparto
Valutazione del paziente	R	C		
Scelta del tipo di anestesia Scelta del tipo di analgesia	R			
Prescrizione analgesia intraoperatoria Prescrizione analgesia postoperatoria	R			
Somministrazione analgesia intraoperatoria	R	R		
Somministrazione analgesia postoperatoria	R	R	R	R
Valutazione periodica efficacia dell'analgesia	R	R	R	R

R: responsabile C: collabora


5 Dolore post operatorio

Come raccomandato da numerosi documenti di consenso e linee guida, al fine di stabilire lo stato algico dei pazienti, possono essere utilizzate diverse scale di valutazione del dolore che offrono una lettura oggettiva e confrontabile, e forniscono una omogenea valutazione quali-quantitativa del sintomo dolore e dei risultati del trattamento (vedi Modulo informativo: "Misurare il dolore").

La misurazione del dolore deve essere effettuata, in tutti i pazienti ricoverati, di norma tre volte al giorno e comunque nei seguenti casi:

- quando intervengono eventi che modificano la situazione clinica;
- su segnalazione del paziente (o del genitore/familiare) per presenza di dolore,
- dopo un intervento sanitario che risulta essere doloroso,
- dopo la somministrazione della rescue dose.

Nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico il monitoraggio deve essere eseguito ogni tre ore nelle prime sei ore e successivamente ogni otto ore a meno che non sia indicato diversamente nella scheda di valutazione postoperatoria (vedi allegato n°2).

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 7 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

La misurazione del dolore permette di effettuare la valutazione:

CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE		
Dolore compreso tra 1-3	LIVELLO A	LIEVE
Dolore compreso tra 4-6	LIVELLO B	MODERATO
Dolore compreso tra 7-10	LIVELLO C	GRAVE

Lo scopo del monitoraggio è mantenere il VAS \leq a 3; se si rileva VAS più elevato somministrare il farmaco rescue e riverificare dopo 20-30' il risultato registrando di nuovo il VAS. Se risulta ancora elevato è necessario contattare l'anestesista per rivalutare il piano del trattamento del dolore e impostare eventualmente un protocollo farmacologico di grado superiore.

Nei pazienti che presentano nausea o vomito post-operatorio (PONV), dopo aver valutato i parametri vitali, si somministrano antiemetici secondo protocollo; questa terapia può essere ripetuta al bisogno.


Nel paziente con infusione continua Morfina e.v. o s.c. va effettuato un controllo più frequente dello stato di sedazione e, se questo è \geq 2 nella scala di sedazione e/o se il paziente ha una frequenza respiratoria $<$ 10 atti/min, sospendere la somministrazione di morfina per almeno due ore e valutare la possibilità di somministrare Naloxone 5 mcg/kg/ev.

Nei pazienti con analgesia peridurale vanno poste delle attenzioni differenti. Un rischio concreto dell'analgesia peridurale infatti è l'ipotensione, se la P.A sistolica dovesse essere di 30 mmHg $<$ alla pressione abituale del paziente o comunque $<$ ai 100 mmHg dovranno essere messi in atto una serie di interventi, dopo aver escluso altre cause di ipotensione:

- sospendere l'infusione peridurale se presente,
- e/o far passare il paziente dalla posizione seduta alla posizione supina o a quella di Trendelenburg
- e/o infondere cristalloidi o colloidi,
- e/o somministrare efedrina E.V.

E' bene valutare anche un sovradosaggio dell'anestetico locale con l'eventuale persistenza del blocco motorio (scala di Bromage, vedi allegato n°2).

Questa valutazione va effettuata alla dimissione del paziente dal Blocco operatorio, al suo arrivo in reparto, ad ogni cambio turno infermieristico, ma soprattutto prima di permettere al paziente di deambulare.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 8 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Nei pazienti sottoposti a blocco nervoso periferico, single shot o continuo, va valutata la ripresa della sensibilità e dell'attività motoria e l'eventuale presenza di parestesie o dolore; in quest'ultimo caso integrare con una terapia e.v. o modificare la strategia infusione continua.

In caso di terapie antalgiche in continuo con cateterini centrali (epidurali e subaracnoidei) e periferici (plessi), verificare il corretto funzionamento degli stessi. In caso di malfunzionamento contattare il servizio di anestesia.

6. Validazione


N.A.

7. Materiali e strumenti utilizzati


N.A.

8. Bibliografia

1. Abdalrahim MS et Al. *Documentation of postoperative pain by nurses in surgical wards. Acute Pain* 2008;10:73-81
2. Afilalo M et Al. *Tapentadol immediate release: a new treatment option for postoperative pain management. J Pain Res* 2010;3:1-9
3. Argoff CE. *Recent management advances in acute postoperative pain. Pain Practice* 2014;14(5):477-487
4. Australian & NewZealand College of Anaesthetists (ANZCA). *Acute Pain management: Scientific Evidence. 2nd Edition. www.anzca.edu.au/publications_2005*
5. Bell JG, Shaffer LET, Schrickel-Feller T. *Randomized trial comparing 3 methods of postoperative analgesia in gynecology patients: patient controlled intravenous, scheduled intravenous, and scheduled subcutaneous. Am J Obstet Gynecol* 2007;197:472.e1-472.e7
6. Boddy A, Mehta S et Al. *The Effect of Intraperitoneal Local Anesthesia in Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis Anesthesia & Analgesia* 2006;103(3):682-688
7. Brennan TJ. *Pathophysiology of postoperative pain. PAIN* 2011;152:S33-S40
8. De Pietri L, Siniscalchi A et Al. *The Use of Intrathecal Morphine for Postoperative Pain Relief After Liver Resection: A Comparison with Epidural Analgesia. Anesthesia & Analgesia* 2006;102:1157 -1163

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 9 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

9. European Board of Anaesthesiology (Reanimation and Intensive Care). *Training guidelines in anaesthesia of the European Board of Anaesthesiology Reanimation and Intensive Care*. Eur J Anaesthesiol 2001;18: 563-571
10. ESTAV3Min. *Paracetamolo EV, Paracetamolo Orale, FANS, Oppiacei: Quale place in Therapy in ambito ospedaliero?* www.estav-centro.toscana.it 2013;10
11. *Farmaci per il dolore; Treatment Guidelines From Thev Medical Letter*, Vol 2 n°11, Novembre 2004 ,
12. Gaskell H et Al. *Single dose oral oxycodone and oxycodone plus èaracetamol (acetaminophen) for acute postoperative pain in adults*. *Cochrane Datab Syst Rev* 2009; 8(3):CD002763
13. Honarmand A et Al. *Preincisional administration of intravenous or subcutaneous infiltration of low-dose ketamine suppresses postoperative pain after appendectomy* *Journal of Pain Research* 2012;5:1-6 _
14. Kehlet H. *Postoperative Pain Management and Outcome_*
<http://www.euroanesthesia.org/sitecore/content/Education/~media/Files/Publications/RefresherCourse/rc2004lisbon/14rc3.ashx>
15. Kirnster C et Al. *Quality of postoperative pain therapy in Austria: National survey of all departments of anaesthesiology*. *Anaesthesist* 2011;60(9):827-34
16. Lee LH et Al. *Timing of intraoperative parecoxib analgesia in colorectal surgery*. *Acute Pain* 2008;10:123-130
17. Mendola C, Ferrante D et Al. *Thoracic epidural analgesia in post-thoracotomy patients: comparison of three different concentrations of levobupivacaine and sufentanil*. *BJA* 2009;102(3):418:423
18. Moizo E, Berti M et Al. *Acute Pain Service e terapia multimodale per il controllo del dolore postoperatorio: valutazione dell'efficacia dei protocolli*. *Minerva Anesthesiol.* 2003;69:779-787
19. Nolli M, Nicosia F. *La gestione del dolore postoperatorio. Obiettivi, identificazione e organizzazione delle procedure di sviluppo di un programma di terapia del dolore acuto postoperatorio*. *Minerva Anesthesiol.* 2000;66:585-601
20. *Pratiche guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management*. *Anesthesiology.* 2012;116(2):248–273.
21. Rawal N, Allvin R et Al. *Postoperative Analgesia at Home After Ambulatory Hand Surgery: A Controlled Comparison of Tramadol, Metamizol, and Paracetamol*. *Anesth Analg* 2001;92:347-351
22. Savoia G, Alampi D, Amantea B, Ambrosio F. et Al. *Raccomandazioni SIAARTI per il trattamento del dolore postoperatorio*. *Minerva Anesthesiol.* 2010;76(8):657-67

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 10 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0


23. Smoot JD, Bergese SD, Onel E, Williams HT, Hedden W. *The efficacy and safety of DepoFoam® bupivacaine in patients undergoing bilateral, cosmetic, submuscular augmentation mammoplasty: a randomized, double-blind, active-control study.* *Aesthet Surg J.* 2012;32(1):69–76.
24. Solca M, Savoia G, Mattia C. et Al. *Il controllo del dolore nel Day Surgery: Linee Guida SIAARTI.* *Minerva Anesthesiol* 2004;70:5-24
25. Taylor S, Voytovich AE, Kozol RA. *Has the pendulum swung too far in postoperative pain control?* *Am J Surg* 2003;186:472–5
26. Taylor S, Kirton OC, Staff I, Kozol RA. *Postoperative day one: a high risk period for respiratory events.* *Am J Surg* 2005;190:752–6
27. Torsten L et Al. *Recent Advances in Postoperative Pain Therapy for Thoracic Surgery.* *Curr Anesthesiol Rep* 2014;4:177-187
28. Vadivelu N et Al. *Recent Advances in Postoperative Pain Management.* *Yale J of Biol and Med* 2010;83:11-25
29. Yoost TR, McIntyre M, Savage SJ. *Continuous infusion of local anesthetic decreases narcotic use and length of hospitalization after laparoscopic renal surgery.* *J Endourol.* 2009;23(4):623–626.
30. Weiran Le, Lei Z et Al. *A study of patient experience and perception regarding postoperative pain management in Chinese hospitals.* *Pateint Prefer Adherence* 2013Nov8;7:1157-62

9. Allegati

Allegato 1: Prescrizione Antalgica Postoperatoria

Allegato 2: Cartella di Analgesia Postoperatoria

Allegato 3: Modulo Informativo su come Misurare il Dolore

 ASL Cagliari PR-BO-018/0 pag. 11 di 26	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Allegato 1: Prescrizione Antalgica Postoperatoria

ASL N° 8 - CAGLIARI

**SERVIZIO ANESTESIA (GESTIONE DEL DOLORE ACUTO OSPEDALIERO)
 PRESCRIZIONE ANTALGICA POSTOPERATORIA**

SCHEMA A - TERAPIA ANTALGICA PER DOLORE LIEVE


Chirurgia Generale e Speriment.	Biopsie linfonodali e mammarie; Plastiche della parete addominale di piccole dimensioni; Asportazione Cisti e Lipomi superficiali; Ano praeternaturale, Linfadenectomie
Chirurgia Ginecologica	Isteroscopia diagn. e operat., Revisione cavità uter. (RCU), R. Diagn. Funz. (RDF), Conizzazione
Chirurgia Toracica	Drenaggio toracico
Terapia del Dolore	Periduroscopia, Termorizotomia faccette articolari e Articolaz. Sacro-iliaca, RF con Navigator
Radiologia Interventistica	Termoablazione; Crioablazione
Radioterapia	Trattamenti RT dolorosi (Dolore da Procedura)

PROTOCOLLO	bolo prima dell'intervento	prime 24 ore
A1	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) e/o Ketorolac (Ketorolac-Ketorolac) 30 mg in 100 ml di fisiologica Oppure Diclofenac (Akis) 50 mg 1 f. s.c. Oppure Fentanil transmucosale 100 mcg	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) 1 ora dopo l'arrivo in reparto <u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg in 100 ml di fisiologica in 30 min a richiesta del paziente Se la pz si alimenta, preferire una terapia per os Ketoprofene 2 cps 50 mg /2 die (associare Ranitidina cpr) <u>A Domicilio:</u> Ketoprofene 50 mg cpr 1 x 3 per 24 ore Oppure Diclofenac (Akis) 50 mg 1 f. s.c.
A2: gastropatici, insufficienti renali, patologie della coagulazione	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) e/o Tapentadolo 50 mg 1 cp 2 h prima dell'intervento Oppure Fentanil transmucosale 100 mcg	Paracetamolo 1 g e.v. in 15 min 1 h dopo l'arrivo in reparto <u>Dose aggiuntiva:</u> Tapentadolo 50 mg 1 cp 2 h dopo l'intervento, a richiesta del paziente Se il pz si alimenta, preferire una terapia per os Paracetamolo 1 g ripetibile ogni 8 ore <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 24 h

Livello di sicurezza: monitoraggio dell'efficacia e degli effetti collaterali

PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PER L'ANALGESIA IN DAY SURGERY (LINEE GUIDA SIAARTI 2010, P. 38)

E' raccomandato che vengano predisposti strumenti e modalità di rilevazione del dolore e protocolli di trattamento antalgico postoperatorio anche per la chirurgia in regime di ricovero diurno, evitando di sottostimare l'entità del dolore atteso sulla base della presunzione che trattasi di chirurgia minore. E' raccomandato predisporre modalità che favoriscano la fornitura degli antidolorifici da utilizzarsi a domicilio, quali la consegna diretta dei farmaci alla dimissione. E' raccomandato che vengano pianificate idonee modalità d'informazione sia scritta che orale.


 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 12 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

SCHEMA B - TERAPIA ANTALGICA PER DOLORE MODERATO

Chirurgia Generale e Sperimentale	Quadrantectomia, Mastectomie, Tiroidectomie (Prot. B1)
Chirurgia Ginecologica	Laparoscopia diagnostico-operativa (Prot. B2)
Chirurgia Toracica	Broncoscopia, Toracoscopia (Prot. B2)
Terapia del Dolore	Cordotomia, Termorizotomia Trigemino, Impianto elettrostimolatori (SCS) o Pompe sottocutanee con catetere subaracnoideo (IDDS); Alcoolizzazione nn splancnici
Radiologia Inrterventistica	Osteoplastica percutanea (Vertebroplastica, Cifoplastica)
Radioterapia	Trattamenti RT dolorosi (Dolore da Procedura)

PROTOCOLLO	60' prima della fine dell' intervento	prime 48 ore	
B1	Paracetamolo 1g e.v. (max in 15 min.) + Ketorolac 30 mg in 100 ml di fisiologica + Oppure Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. Zantac 50 mg e/o Morfina 10 mg (5 mg per pz > 70 aa) - Infiltrazione ferita chirurgica	Paracetamolo 1g e.v. (max in 15 min.) 1 ora dopo l'arrivo in reparto <u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg a richiesta del pz e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. e/o Fentanil transmucosale 100 mcg Se la pz si alimenta, preferire terapia per os Ketoprofene 2 cps 50 mg x 2 (+ Ranitidina cp)	<u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg e.v.; <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c.
B2 (Procedure endoscopiche)	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) + Ketorolac 30 mg in 100 ml di Sol Fis + Oppure Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. + Zantac 50 mg - Infiltrazione ferita chirurgica	Paracetamolo 1 gr in 15 min h 14-22-08 <u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg a richiesta del pz e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c	<u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg e.v.; <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c.
B3: gastropatici, insufficienti renali, patologie della coagulazione	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) in 100 ml di fisiologica e/o Morfina 10 mg (5 mg per pz > 70 aa) - Infiltrazione ferita chirurgica	Paracetamolo 1 gr in 15 min h 14-22-08 <u>Dose aggiuntiva:</u> Fentanil transmucosale 100 mcg	<u>Dose Aggiuntiva:</u> Tapentadolo 50 mg 1 cp 2 h dopo l'intervento, a richiesta del paziente Se il pz si alimenta, terapia per os Paracetamolo 1 g / 8 ore <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h


In base al rischio individuale del paziente (Cinetosi o PONV pregresso, etc.) o al tipo di chirurgia prevedere la somministrazione e.v. (di antiemetici: Desametazone 4 mg 1 fl oppure Ondansetron 4-8 mg oppure Droperidolo 1,25 mg fino a 2 volte/die)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 13 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

SCHEMA C - TERAPIA ANTALGICA PER DOLORE GRAVE

Chirurgia Generale	Epatectomia, Gastroresezione, Resezione intestinale, Splenectomia, Amputazione addomino-perineale sec. Miles, Esofagotomia via toracotomia		
Chirurgia Ginecologica	Colpoisterectomia, Laparo-isteroannessiectomia, Miomectomie		
Chirurgia Toracica	Toracotomia, Lobectomia, Pneumonectomia		
PROTOCOLLO	60' prima della fine dell'intervento	prime 48 ore	
C1	Paracetamolo 1g e v (max in 15 min.) + Ketorolac 60 mg +100 ml di sol fis Oppure Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. + Zantac 50 mg + Morfina 10 mg (5mg x pz>70 aa) - Infiltrazione ferita chirurgica	Pompa Elastomerica (e.v.): Morfina totale (dose: 100-età, max 80 mg/48h) + Droperidolo 5 mg + soluzione fisiologica q.b. a 96 ml (vel.inf. 2 ml/h) (NB: usare 1, max 2 farmaci, nella soluzione) Paracetamolo (Paracetamolo) 1 g e.v. in 15 min h 14-22-08	<u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg e.v.; e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. e/o Fentanil transmucosale 100 mcg <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h
C2	Paracetamolo 1g e.v. (max in 15 min.) In Peridurale: ropivacaina 0,2% o levobupivacaina 0,25% (8-10 ml) + morfina 2 mg - Infiltrazione ferita chirurgica	Pompa Elastomerica in Peridurale: - Ropivacaina 0,2% o Levobupivacaina 0,25% (4-8ml/h) - Morfina 0,015 mg/ml (0,06-0,12 mg/h → 1,44-2,88 mg/24h) o Sufentanil 0,5 µg/ml (2-4 µg/h) Paracetamolo 1 gr e.v. in 15 min h 14-22-08	<u>Dose aggiuntiva:</u> Ketorolac 30 mg e.v.; e/o Diclofenac 50 mg 1 f. s.c. e/o Fentanil transmucosale 100 mcg <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h
C3: gastropatici, insufficienti renali, patologie della coagulazione	Paracetamolo 1g ev (max 15 min.) In Peridurale: ropivacaina 0,2% o levobupivacaina 0,25% (8-10 ml) con morfina 2 mg	In Peridurale: - Ropivacaina 0,2% o Levobupivacaina 0,25% (4-8ml/h) - Morfina 0,015 mg/ml (0,06-0,12 mg/h → 1,44-2,88 mg/24h) o Sufentanil 0,5 µg/ml (2-4 µg/h) Paracetamolo 1 gr e.v. in 15 min h 14 - 22 -08	<u>Dose Aggiuntiva:</u> Morfina 10 mg in 20 ml sol fis in almeno 10 min. (5 mg per pz > 70 aa oppure Fentanil transmucosale 100 mcg <u>A Domicilio:</u> Paracetamolo 1 g per os x 3 per 48-72 h

La metoclopramide sia al dosaggio di 10 mg che al dosaggio di 20 mg è risultata inefficace (Livello C) (LINEE GUIDA SIAARTI 2010, P. 36)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 14 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

Segue SCHEMA C 3 TERAPIA ANTALGICA PER DOLORE GRAVE

<p>ANALGESIA EPIDURALE INADEGUATA Somministrare un bolo di lidocaina 1% 3-6 ml ed attendere per circa 10-15 minuti Se si ottiene una analgesia monolaterale: ritirare leggermente il catetere e somministrare di nuovo 3 ml di lidocaina 1% Se si ottiene analgesia: proseguire con la precedente impostazione infusoria Se non si ottiene analgesia: il catetere è probabilmente dislocato</p>	<p>MORFINA per via Spinale-Peridurale: si raccomanda l'uso di fiale senza aggiunta di antiossidanti (Sodio Metabisolfito)</p>
<p>Livello di sicurezza: Monitoraggio dell'efficacia e degli effetti collaterali Sedation score Frequenza respiratoria, Bromage Score e Livello di blocco sensitivo</p>	<p>IMPORTANTE non superare ° 40-50 mg/die di morfina per via ev: Il fabbisogno teorico di morfina ev in pz. adulti tra i 20 e 70 anni nelle prime 24 ore dopo l'intervento espresso in mg può essere calcolato (in mg) con tale formula: <i>100-età' del paziente</i> ° 6 mg/die di morfina in epidurale ° 20 mg/h di ropivacaina Dosi più elevate di farmaci vanno utilizzate in ambiente altamente sorvegliato</p>

L'USO DI ANTICOAGULANTI E BLOCCO SPINALE – EPIDURALE


- A) **Controindicazione assoluta** ai blocchi nervosi centrali (BNC): anestesia e/o analgesia peridurale o spinale in pazienti scoagulati.
- B) L'uso di Eparina standard a dosi profilattiche sotto cute (s.c.), prevede un intervallo minimo di sicurezza prima di 4 ore di BNC.
Se la somministrazione di Eparina è prevista dopo BNC, intervallo minimo di un'ora.
- C) L'uso di Eparina a dosi terapeutiche e.v.: è obbligatoria la sospensione, almeno 4 ore prima, seguita da controllo coagulazione prima di BNC.
- D) L'uso di Eparina a basso peso molecolare (LMWH), prevede un intervallo di sicurezza di 10-12 ore prima di BNC.
Se è prevista la somministrazione di Eparina (LMWH) dopo BNC, intervallo minimo di 4 ore.

NB: Prima di rimuovere il catetere peridurale l'intervallo minimo dalla somministrazione di Eparina a basso peso molecolare (LMWH) è di 12 ore. La dose successiva di Eparina può essere somministrata dopo un intervallo minimo di 4 ore

TABELLA VIII: intervalli di sicurezza tra la somministrazione di farmaci interferenti sulla coagulazione e l'esecuzione del blocco peridurale

ENF (Eparina Non Frazionata) 4 h	EBPM a basse dosi 12 h	EBPM ad alte dosi 24 h	Fondaparina 36 h
Anti vitamina K INR < 1,5	Ticlopidina 14 giorni	Clopidogrel 7 giorni	Tirofiban 8-10 h
Irudina 8-10 h Abciximab 24-48 h	Dabigatran Nc	Rivaroxaban 18-22 h	Apixaban 24 h

(LINEE GUIDA SIAARTI 2010, P. 60)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 15 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MORFINA NEI REPARTI DI DEGENZA

Si raccomanda preferire l'uso di morfina per via s.c.: 10 mg nel pz adulto; 5 mg nel pz > 70 anni o defedato

MATERIALI

- Morfina per uso s.c.
- Siringhe da insulina
- Naloxone (Narcan) 0,4 mg/ 1 ml
- Monitoraggio SaO₂TC (transcutanea) in continuo

PROCEDURA

- Controllare la prescrizione medica
- Aspirare la dose prescritta in una fiala di insulina
- Misurare la frequenza respiratoria prima dell'inizio della somministrazione; verificare l'assenza di sedazione e la normalità dei parametri vitali (SpO₂, PA, FC)
- Non somministrare la dose di morfina se la frequenza respiratoria è <10 atti al minuto (o marcatamente inferiore alla rilevazione precedente)
- Iniettare la morfina lentamente e profondamente nel derma
- Misurare la frequenza respiratoria ogni 15 minuti per 2 volte dopo la fine della somministrazione, quindi tornare al monitoraggio di base

MODALITÀ DI SOSPENSIONE DEGLI OPIOIDI

TERAPIA BREVE (durata < 1 sett.): riduzione del 25-50% della dose al giorno.

TERAPIA LUNGA (durata > 1 sett.): riduzione del 20% nelle prime 24 ore. Riduzione del 10% ogni 8 -12 h se tollerato, altrimenti riduzione più lenta.

NB: NON SOSPENDERE LE TERAPIE OPIOIDI PER DOLORE CRONICO MA CONVERTIRE A MORFINA (s.c. o e.v.), secondo le Scale di Conversione internazionali (con riduzione del 30% rispetto ai valori corrispondenti), integrandola con le terapie dovute per il dolore postoperatorio, correlato all'intervento (Utile l'App gratuita per iPhone e Smartphone "Opioid Tool").

PRINCIPALI CONTROINDICAZIONI /PRECAUZIONI D'IMPIEGO DEGLI ANTIDOLORIFICI IN USO NEL PROTOCOLLO

KETOROLAC, DICLOFENAC: controindicati nei pazienti con ipersensibilità nota al principio attivo o eccipienti, con patologia ulcerosa gastro-duodenale, nell'insufficienza renale con creatininemia > 1.8, grave insufficienza epatica o cardiaca, nei pazienti con disordini della coagulazione o che assumono terapia anticoagulante o antiaggregante piastrinica, nel sanguinamento cerebrale recente, nella gravidanza, nell'allattamento, nei pazienti asmatici.


Uso massimo di ketorolac: per 3 giorni ev, per 5 giorni per os. Dose massima 90 mg/die, 60 mg in pazienti > 65 anni.

PARACETAMOLO: controindicato nei pazienti con ipersensibilità nota al principio attivo o eccipienti; è controindicato nei pazienti con grave insufficienza epatica; la maggior parte delle persone possono assumere fino a 3 g die, va comunque posta una certa attenzione per quei pazienti che sono digiuni a lungo, che assumono isoniazide, zidovudina, barbiturici o grandi quantità d'alcool.

TRAMADOLO: controindicato nei pazienti con ipersensibilità nota al principio attivo o eccipienti; è controindicato nei pazienti affetti da epilessia o che fanno uso di farmaci che abbassano la soglia di insorgenza delle convulsioni (antidepressivi, antipsicotici, inibitori delle MAO).

MORFINA: nei pazienti con età superiore ai 70 aa, nell'IRC e nell'epatopatico grave le dosi vanno diminuite almeno di un 30%.

TAPENTADOLO: controindicato nei pazienti con ipersensibilità nota al principio attivo o eccipienti, pz con grave depressione respiratoria, ipercapnia, asma bronchiale; pz in cui è presente ileo paralitico, intossicazione acuta da alcol o sostanze psicotrope (IMAO, SSRI, SNRI, Triptani o Triciclici)

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 16 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

MONITORAGGIO

Il monitoraggio dei pazienti deve essere effettuato dagli Infermieri e dal Medico di Guardia del reparto, supportati dal Medico Anestesista nelle ore di assistenza per la terapia antalgica.

Lo scopo è quello di:

- Registrare i dati
- Valutare i parametri clinici
- Segnalare gli effetti collaterali
- Mettere in atto le terapie di supporto

All'arrivo in reparto del paziente l'IP deve rilevare i parametri vitali richiesti dalla cartella postoperatoria.

La monitorizzazione del VAS deve avvenire ogni 3 ore nelle prime 6 ore e successivamente ogni 8 ore a meno che non sia indicato diversamente nella scheda di valutazione postoperatoria.

Lo scopo è mantenere il VAS ≤ 3 ; se si rileva VAS più elevato somministrare il farmaco rescue e riverificare dopo 20-30' il risultato registrando di nuovo il VAS. Se risulta ancora elevato è necessario contattare l'Anestesista per rivalutare il piano di trattamento del dolore ed impostare eventualmente un protocollo farmacologico di grado superiore.


Nei **pazienti che presentano nausea o vomito postoperatori (PONV)**, dopo aver valutato i parametri di base (NIBP, FC, FR) ed essersi assicurati che siano entro la norma, somministrare Metoclopramide 10 mg (nel sospetto di PONV correlato ad oppioidi) o Ondansetron 4-8 mg ev (infusione in sol.fis. 100 ml in 15 min), questa terapia può essere ripetuta fino a 4 volte nelle 24 ore.

Nei **pazienti con infusione continua di Morfina e.v. o s.c.** sarebbe bene operare un controllo più attento dello stato di sedazione e, se la sedazione ha un punteggio > 4 nella *scala di Sedazione*, e/o se il pz ha una frequenza respiratoria < 10 atti/minuto: sospendere la somministrazione di morfina e valutare la possibilità di somministrare Naloxone 5 mcg/Kg/ev (1/2-1 fiala)

Nei **pazienti con analgesia peridurale** vanno poste delle attenzioni differenti. Un rischio concreto dell'analgesia peridurale infatti è *l'ipotensione*, se la PA sistolica dovesse essere di 30 mmHg inferiore alla pressione abituale del pz o comunque inferiore ai 100 mmHg dovranno essere messi in atto una serie di semplici adempimenti:

- Sospendere l'infusione peridurale se presente
- Far passare il pz dalla posizione seduta alla posizione completamente orizzontale se non addirittura in Trendelenburg
- Infondere velocemente 1000 ml di Cristalloidi o 500 ml di colloidi
- Somministrare Efedrina 5-10 mg e.v.

In questi pazienti è bene valutare anche un *sovradosaggio dell'anestetico locale*, che potrebbe portare ad un persistere di una riduzione della mobilità degli arti o di parestesie. In questo caso ci viene in aiuto la *scala di Bromage*: se questo valore dovesse essere superiore a 0 sarà bene sospendere l'infusione fino ad una ripresa completa della motilità. Questa valutazione andrebbe effettuata alla dimissione del paziente dalla sala operatoria, al suo arrivo in reparto, ad ogni cambio di turno infermieristico, ma soprattutto prima di permettere al paziente di deambulare

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 17 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

Allegato 2: Cartella di Analgesia Postoperatoria

SSN Regione Sardegna

SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AZIENDA USL N° 8 – CAGLIARI

CARTELLA DI ANALGESIA POSTOPERATORIA

REPARTO DI PROVENIENZA _____ DATA ____/____/____

COGNOME _____ NOME _____ M / F ETÀ aa _____ Peso kg _____ Alt cm _____

Diagnosi _____ Intervento _____

Tipo di Anestesia _____ ASA 1= 2= 3= 4= E= Durata Intervento _____ h/_____'

Modalità di Analgesia: E.V. Bolli E.V. Continua E.V. PCA Peridurale Spinale Infiltrazione Ferita

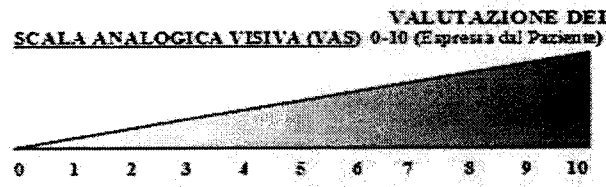
Analgesia I.O. (Starter) = Farmaco/i _____ Via _____ Ora _____

TRASFERITO IN REPARTO: Ora _____ VAS(0-10) _____ VNS (0-5): A dip. _____ Movim. _____ Sedation Score (0-3) _____ Egonage (0-3) _____ PA _____ FC _____

PROTOCOLLO PROPOSTO _____

Composizione miscela antalgica: _____

Via di Somministrazione: _____ Vol Tot: _____ Vel Infus: _____ Durata: _____




- VERBAL NUMERIC SCALE (VNS) 0-5 (Espressa dal Sanitario)**
- 0. Nessun dolore
 - 1. Dolore lieve
 - 2. Dolore intenso
 - 3. Dolore forte
 - 4. Dolore grave
 - 5. Peggior dolore immaginabile
- R (A riposo)
I (Movimento, Tossa)

- SEDATION SCORE (SS) 0-3 (Espressa dal Sanitario)**
- 0. Paziente sveglio
 - 1. Assopito ma risvegliabile con stimoli verbali
 - 2. Assopito ma risvegliabile con stimoli fisici (percussione della fronte con le dita)
 - 3. Soporoso difficilmente risvegliabile
- SONNO: Riposa (R) / Non Riposa (NR)**

- BROMAGE SCORE (BS) 0-3 (Espressa dal Sanitario)**
- 0. Possibile la flessione della coscia
 - 1. Possibile la flessione del ginocchio
 - 2. Possibile la flessione del piede
 - 3. Nessun movimento degli arti inferiori

Dott. _____

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 18 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO


ANALGESIA POSTOPERATORIA - SCHEDA INFERMIERISTICA

Reparto _____ DATA ____/____/____
 COGNOME _____ NOME _____ ARRIVO Pz: Ora ____:____

	VAS (Pz)	VNS-R (Santi)	VNS-I (Santi)	SS (Santi)	BS (Santi)	PAS D	Freq. Card	TC	Freq. Resp	Nausea Vomito	Prurito Brivido	Sonno	Ter. analgesica supplementare (Rescue Dose)	FIRMA
DATA	ORA	0-10	0-5	0-5	0-3	0-3	mm Hg	bpm	°C	Att. p.m.	N/V	P/B	R/NR	

NOTE

NB: 1) Se VAS > 3 o VNS-R > 2 → Somministrare analgesico supplementare secondo schema e/o → avvisare il Medico di Guardia!
 2) Se Sedation Score > 2 o Freq. Resp. < 8/min → avvisare l'Anestesista!

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 19 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Allegato 3: Modulo Informativo su come Misurare il Dolore

La misurazione del dolore è parte fondamentale della valutazione e della strategia terapeutica per il controllo del dolore.

Una corretta valutazione dell'intensità, della gravità e della durata del dolore è il primo importante passo per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato da proporre al paziente.

L'efficacia e la tollerabilità dei trattamenti analgesici e l'impatto della malattia di base sulle condizioni fisiche, psicologiche e sociali del paziente dovrebbero essere valutati regolarmente al fine di modificare e personalizzare il trattamento.

Dal momento che il dolore è un'esperienza del tutto soggettiva, analizzarne le caratteristiche significa raccogliere i giudizi del paziente, aiutato dalle scale di valutazione del dolore.

Una prima classificazione, distingue le scale di misurazione del dolore in:

- **unidimensionali**: che misurano esclusivamente l'intensità (VAS, NRS, VRS);
- **multidimensionali**: valutano anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognito-valutativa) (McGill Pain Questionnaire, Flacc


E' opportuno suddividerle anche in scale:

- **auto valutative**: (self-report) si basano sulla descrizione verbale o analogica che la persona riesce a dare del proprio dolore, i limiti pertanto sono posti soprattutto dalle capacità cognitive e dall'età del paziente.
- **Etero valutative**: valutano specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso derivandone un punteggio secondo l'intensità del dolore, sono oggettive e si utilizzano qual ora l'autovalutazione (anche assistita) non sia possibile o affidabile o per confronto alla auto-valutativa.

Scale di valutazione validate:

VAS (scala analogica visiva) (Visual Analog Scale)

La scala è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono a "nessun dolore" e il "massimo possibile" (oppure il massimo di cui si ha avuto esperienza). E' uno strumento unidimensionale che quantifica ciò che il malato soggettivamente percepisce come dolore oppure come sollievo nel complesso delle loro variabili fisiche, psicologiche e spirituali senza distinguere quali di queste componenti abbia ruolo maggiore. Istruzioni: Se si intende valutare il dolore o il sollievo riferito ad un periodo la domanda può essere: " Pensi al dolore e al sollievo dal dolore che può aver provato in quest'ultima settimana appena trascorsa. Per ciascuna delle due voci metta poi un segno sul punto che meglio corrisponde alla sua situazione, rispetto ai due estremi della linea.". La misura è in millimetri. La scala può essere usata anche per quantificare il dolore nel momento presente in cui si visita il malato. La difficoltà per alcuni malati di comprendere le istruzioni per il dolore massimo possibile può essere facilitato chiedendo di ricordare il dolore "più forte" provato nella loro vita (dolore massimo).

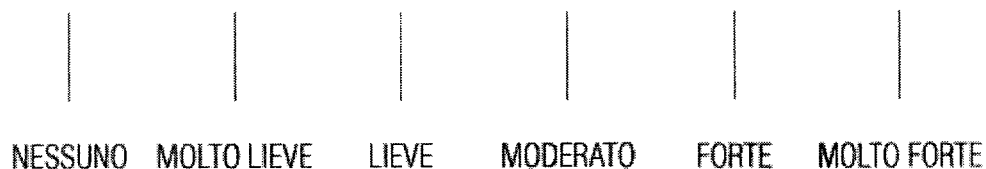
 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 20 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

NESSUN DOLORE ————— MAX DOLORE POSSIBILE

Scala verbale (descrittiva) VDS (Verbal Descriptor Scale)

La scala verbale semplice, sempre unidimensionale, ripropone l'asta di 10 cm in cui la scelta viene facilitata (ma anche condizionata) dalla presenza di aggettivi che quantificano il dolore. Risultati soddisfacenti si ottengono quando vi sono almeno sei livelli di intensità. Istruzioni: Quanto dolore ha provato nelle ultime 4 settimane? Oppure Quanto è il suo dolore che sta provando in questo momento?


esempio di scala verbale:



Scala numerica (NRS)

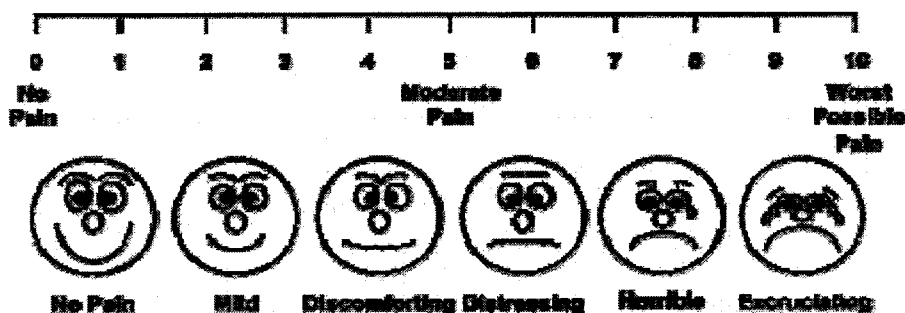
E' la più utilizzata, grazie alla sua semplicità. Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo di dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore? (esempio di scala numerica a intervalli).

NESSUN DOLORE 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 IL PEGGIORE DOLORE IMMAGINABILE

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
	PR-BO-018/0 pag. 21 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO

Scala a "faccine" o Wong-Baker

Si usa prevalentemente nel bambino a partire dall'età di quattro anni, è costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a "nessun male" a quella che piange, corrispondente a "il peggior male possibile"




- no pain = nessun male = 0
- mild = un po' di male = 2
- discomforting = un poco più di male = 4
- distressing = ancora più male = 6
- horrible = molto più male = 8
- excruciating = il peggior male possibile = 10

Scala FLACC

Si usa in bambini in età pre-verbale al di sotto dei tre anni

categoria	punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra e/o sorriso	Smorfie occasionali o sopraciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopraciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto	Assenza di pianto (durante la veglia o il sonno)	Geme o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	E' rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio e dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

Allegato S

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 22 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Scala MOPS

Modified Objective Pain Score

Sempre per bambini, ma da 0 a 7 anni


Pianto	Assente Consolabile inconsolabile	0 1 2
Movimenti	Nessuno Agitazione motoria Si "batte"	0 1 2
Agitazione	Addormentato tranquillo Un po' agitato Isterico	0 1 2
Postura	Neutra Accovacciato Si tocca la ferita	0 1 2
Valutazione verbale o linguaggio corporeo	Dorme o dichiara di non avere dolore Dolore leggero (non localizza) Dolore moderato (può localizzare verbalmente o indicare)	0 1 2

Scheda monitoraggio Dolore – PAINAD

Pain Assessment in Advance Dementia

Per valutare il dolore in pazienti con demenza o non collaboranti

Pain Assessment in Advance Dementia	orario rilevazione	orario rilevazione	orario rilevazione
1. Respirazione			
a. normale	0	0	0
b. respiro affannoso	1	1	1
c. respiro rumoroso e affanno, alternanza di periodi di apnea e polipnea	2	2	2
2. Vocalizzazione			
a. nessun problema	0	0	0
b. pianti occasionali o brontolii	1	1	1
c. ripetuti urla o lamenti	2	2	2
3. Espressioni del volto			
a. sorridente o inespressivo	0	0	0
b. triste e/o ciglia aggrottate	1	1	1
c. smorfie	2	2	2
4. Linguaggio del corpo			
a. rilassato	0	0	0
b. teso	1	1	1
c. rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire	2	2	2
5. Consolazione			
a. nessun bisogno di essere consolato	0	0	0
b. confuso e che cerca rassicurazione	1	1	1
c. incapacità di distrazione e/o consolazione	2	2	2

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 23 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

Scala di valutazione Abbey Pain Scale (2004)

Scala di valutazione del dolore nei pazienti che non possono verbalizzare.

Come usare la scala: mentre si osserva il soggetto, dare un punteggio alle domande:

1. Vocalizzazioni es piagnucolii, gemiti, urla, pianti, altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo
2. Espressioni del viso es aspetto teso e nervoso, sguardo spaventato, smorfie, altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo
3. Cambiamenti nel linguaggio del corpo es protezione di una parte del corpo, atteggiamento di difesa, dondolamento, altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo
4. Cambiamenti comportamentali es aumento della confusione, rifiuto ad alimentarsi, cambiamento negli schemi usuali, maggiore aggressività altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo
5. Cambiamenti fisiologici es sudorazione, arrossamento o improvviso pallore, modificazioni significative della frequenza cardiaca e della pressione, modificazioni della temperatura corporea altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo
6. Cambiamenti fisici es aumento dell'ipertono e delle contrazioni, blocchi articolari, ferite della cute altro	0 assente	1 medio	2 moderato	3 severo


da 0 a 2 nessun dolore	da 3 a 7 dolore medio	da 8 a 13 dolore moderato	da 14 > dolore severo

N.B. altro: specificare _____

Altre valutazioni vengono effettuate mediante questionari sul dolore che valutano l'intensità ma anche l'interferenza del dolore con le attività della vita quotidiana.

MPQ: (McGill Pain Questionnaire)

E' basato sull'uso di 78 descrittori del dolore che comprendono 3 dimensioni (sensoriale, affettiva e valutativa) e 20 sottoclassi, ciascuna contenente da 2 a 6 aggettivi, in ordine crescente di intensità; alla dimensione sensoriale appartengono 13 sottoclassi, a quella affettiva 5 e a quella valutativa 2. Al paziente viene chiesto di scegliere una parola per sottogruppo ed è anche chiesta l'intensità del dolore attuale su una scala numerico-verbale.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 24 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

BPI: (Brief Pain Inventory)

E' basato su scale da 0 a 10 che valutano l'intensità e l'interferenza del dolore con le abituali attività (aree di attività psicosociali e fisiche).

MPAC: (Memorial Pain Assessment Card)

Comprende una scala verbale semplice con 8 descrittori e 3 VAS per l'intensità del dolore, per il sollievo e per l'umore (non è validata in italiano).

La misurazione si riferisce al "dolore peggiore", al "dolore più lieve" al "dolore medio" riferiti alle 24 ore precedenti e al dolore presente in questo momento. Contiene anche una valutazione sul sollievo del dolore dallo 0% al 100%

Errori da evitare:

- attenzione a non suggerire la risposta o ad anticiparla
- attenzione a non modificare la scala utilizzata da una valutazione ad un'altra o usare terminologie differenti anche da quelle indicate dalla scala stessa
- attenzione a non chiedere l'intensità facendo riferimento ad un periodo già trascorso: la valutazione deve riguardare solo l'intensità del dolore percepito nel momento in cui si somministra la scala.
- Attenzione a non fare esempi con esperienze o supposizioni personali dell'operatore

Per le valutazioni etero-valutative il tempo di valutazione deve essere di reale osservazione del paziente, non deve essere coperto per verificarne realisticamente la tensione e il tono muscolare del corpo, anche se si tratta di pazienti addormentati, al fine di evitare sovra o sottostime della reale condizione del paziente.


Attenzione a distinguere la posizione di veglia rilassata da quella fissa e rigida (condizione di dolore cronico anche in assenza di pianto o agitazione)

Classificazione del dolore

Il dolore è una complessa esperienza associata a un danno ai tessuti, potenziale o reale, o comunque descritta in relazione a tale danno, e che riconosce una componente sensoriale e una componente emotiva. A seconda della sua durata la classificazione del dolore riconosce il dolore acuto e il dolore cronico, oppure la classificazione del dolore può essere in base alla causa del dolore, vale a dire ai meccanismi che generano la sensazione dolorosa, o in relazione alla sede in cui origina tale sensazione.

DOLORE ACUTO

Si definisce acuto un dolore che compare in seguito a una lesione (per esempio un trauma o un intervento chirurgico) e che si risolve, in genere, al risolversi della causa e, comunque, in un tempo inferiore a un mese. Il dolore acuto costituisce un segnale di allarme della presenza di uno stimolo nocivo o di un danno a livello tissutale e si accompagna a una serie di reazioni di difesa che tendono a compensare o allontanare la causa del dolore stesso, spesso con attivazione di alcune funzioni neurovegetative (aumento dell'attività respiratoria, tachicardia, aumento della pressione arteriosa) e ansia. L'intensità del dolore è in genere correlata con l'entità del danno subìto.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 25 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

DOLORE CRONICO

Il dolore si definisce cronico quando persiste oltre quello che può essere definito il tempo normale di guarigione della lesione che lo ha scatenato; in genere si considera cronico un dolore che persiste oltre i 3-6 mesi. Questo dolore non può essere considerato un'estensione temporale del dolore acuto, ma assume caratteristiche qualitative completamente diverse poiché, oltre ad avere perso la sua funzione primaria di allarme, è in grado di influenzare negativamente la personalità e la vita di relazione del paziente. Nel dolore cronico, infatti, si sviluppano gradualmente debolezza, disturbi del sonno, perdita dell'appetito, depressione e altre condizioni fisiche e psichiche che influenzano l'andamento del dolore stesso e la qualità della vita in generale.

DOLORE NOCICETTIVO

Viene definito dolore nocicettivo quello che deriva dalla stimolazione da parte di una lesione dei nocicettori, cioè delle terminazioni dei nervi deputati a trasmettere al cervello le sensazioni dolorose. La classificazione del dolore nocicettivo, a seconda della sede della lesione, distingue ulteriormente:

Dolore superficiale: causato da lesioni alla pelle o ai tessuti superficiali. Questo tipo di dolore è ben definito e ben localizzato ed è, in genere, di breve durata. Esempi di lesioni che producono dolore superficiale sono i tagli, le scottature o infezioni della cute.

Dolore somatico profondo: proviene da muscoli, legamenti, tendini ossa, vasi sanguigni. In queste strutture la concentrazione di nocicettori è minore e la loro stimolazione produce un dolore meno acuto e meno localizzato di quello superficiale e che, in genere, dura più a lungo. Esempi di lesioni che producono questo tipo di dolore sono le distorsioni, gli strappi muscolari, le fratture.


Dolore viscerale: proviene dagli organi interni e dalle cavità viscerali. È di solito più intenso dei precedenti, dura più a lungo ed è estremamente difficile da localizzare. Spesso, inoltre, le lesioni alle strutture viscerali innescano dolori cosiddetti "riferiti" ovvero che vengono percepiti in aree non correlate con la sede della lesione. Il dolore da infarto miocardico è probabilmente l'esempio più conosciuto di dolore riferito: sebbene la lesione sia localizzata al cuore, il sintomo può comparire nella regione alta del torace come sensazione di costrizione, o può essere avvertito alla spalla sinistra, al braccio o anche alla mano.

DOLORE NEUROPATICO

Per dolore neuropatico si intende un dolore le cui cause sono un danno o una disfunzione del tessuto nervoso, centrale (cervello, midollo spinale) o periferico (nervi periferici). In questi casi è possibile che l'alterazione interferisca con la capacità dei nervi sensoriali di trasmettere correttamente le informazioni al cervello che, pertanto, interpreta gli stimoli in arrivo come dolorosi anche se non è presente una causa del dolore fisiologica evidente o conosciuta. La sede è di difficile localizzazione e i comuni farmaci analgesici non hanno molta efficacia.

DOLORE PSICOGENO

Il dolore si definisce psicogeno quando non è possibile dimostrare la presenza di una causa organica o quando esiste un disturbo fisico che può in qualche modo spiegare la presenza di dolore, ma non la sua intensità e la sua durata. Si ritiene che la causa del dolore psicogeno sia correlata principalmente a problemi psicologici. Ogni parte del corpo può essere interessata, ma la schiena, la testa, l'addome e il collo sono probabilmente le più comuni. Il dolore può essere acuto o cronico.

 ASL Cagliari	SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari Gruppo di Lavoro Anestesia	BLOCCO OPERATORIO ASL CAGLIARI
PR-BO-018/0 pag. 26 di 26	GESTIONE DEL DOLORE ACUTO POST OPERATORIO	Data: 14/07/2015 Revisione 0

DOLORE ONCOLOGICO

È un dolore cronico legato alla presenza di un tumore, e può essere assimilato a quello delle malattie cronico-degenerative. Inizialmente si presenta come un dolore acuto, ma nel tempo diviene un classico dolore cronico che, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, assume le caratteristiche di "dolore globale", ovvero di vera e propria sofferenza personale che riconosce cause non soltanto fisiche, ma anche psicologiche e sociali, che lo sostengono e lo perpetrano.

IL DOLORE UTILE E INUTILE

Al di là di tutte le possibili classificazioni del dolore in base al meccanismo fisiopatologico, alla sede di insorgenza o alla malattia che lo determina, se consideriamo la sua funzione primaria, che è quella di avvertimento e di difesa, possiamo individuare due tipi fondamentali di dolore: il dolore utile e il dolore inutile.

IL DOLORE COME SINTOMO

Il dolore è una reazione dell'organismo a un evento negativo ed è un utile avvertimento che qualche cosa non va. Il dolore acuto ha una funzione di sintomo, è finalizzato cioè ad allertare l'organismo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente pericolosi. Prima di avviare una terapia antidolorifica specifica, è quindi necessario scoprirne la causa. Sopprimere il dolore, infatti, significherebbe eliminare un sintomo importante per la diagnosi, rischiando così di non identificare correttamente la malattia sottostante creando le condizioni per un possibile peggioramento.

IL DOLORE COME MALATTIA

Una volta che il dolore ha portato all'identificazione della malattia che lo ha indotto cessa la sua funzione di sintomo e diventa una malattia esso stesso. Casi tipici sono il dolore dopo intervento chirurgico, quello cronico di una malattia degenerativa o il dolore neoplastico. In questi casi, infatti, il dolore diventa non solo inutile, ma anche dannoso, perché provoca sofferenza e induce anche una serie di reazioni neurovegetative (respiratorie, cardiocircolatorie, ormonali, muscolari, ecc.) capaci di per sé di influenzare negativamente lo stato di salute. Quindi, il dolore che non ha - o ha esaurito - la sua funzione di sintomo deve essere eliminato al più presto.

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1466 DEL 21 DIC. 2015
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carreras IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Pani
 IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savino Ortu

Il presente allegato è composto di n° 13 fogli di n° 26 pagine.

ASL Cagliari
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
 SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Il Responsabile Dott. Aldo Manti