

Gestione del dolore acuto in urgenza

M. Galinski, S. Beaune, F. Lapostolle, F. Adnet

In medicina d'urgenza, il dolore acuto è una realtà che riguarda la maggior parte dei pazienti. È accertato che la sua gestione sia una situazione d'urgenza a causa dei suoi effetti potenzialmente nocivi. Questa gestione deve essere individualizzata, vale a dire adattata al dolore, al paziente e alla patologia causale. La valutazione del dolore e la misurazione della sua intensità sono fondamentali per una buona gestione, ma queste devono essere adattate ad ogni paziente. La gestione del dolore si basa sulla multimodalità, utilizzando mezzi farmacologici e non farmacologici e, soprattutto, una collaborazione e un atteggiamento empatico del caregiver. La morfina è un analgesico importante il cui uso potrebbe essere più esteso attraverso specifiche procedure e la corretta formazione dei caregiver. Inoltre, devono essere anticipati i dolori provocati da procedure e interventi. Alcune procedure richiedono una vera e propria sedazione, che deve essere perfettamente padroneggiata dalle equipe di operatori sanitari per limitare il rischio di effetti collaterali.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Dolore acuto; Valutazione; Multimodalità; Titolazione di morfina; Analgesia-sedazione procedurale

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Gestione del dolore	1
Dolore	1
Patologia	3
Paziente	3
Contesto	3
■ Trattamento	3
Principi di trattamento analgesico	4
Multimodalità	4
Titolazione	5
Mantenimento dell'analgesia	5
Dolore dovuto alla realizzazione di un'azione in urgenza	5
■ Analgesici disponibili in medicina d'urgenza	6
Analgesici non oppioidi	6
Oppioidi	7
Ketamina e "analgesia"	8
Analgesia locale e locoregionale	8
■ Analgesia-sedazione procedurale	9
■ Trattamento non farmacologico	9
Mezzi fisici	9
Approccio psicologico	10
■ Conclusioni	10

■ Introduzione

L'incidenza del dolore acuto in urgenza va dal 60% all'80%. Questa è la ragione principale per la consultazione in circa l'80% dei pazienti adulti ^[1]. Questo dolore è severo in più del 40%

dei casi ^[2]. Nelle urgenze pediatriche, in uno studio francese un po'vecchio, l'incidenza era del 69%, con il 48% di dolori intensi nei bambini di più di 4 anni ^[3]. In medicina d'urgenza extraospedaliera, l'incidenza è un po'più bassa (dell'ordine del 40%) con dolori da intensi a severi in più del 60% dei pazienti, sia nei bambini che negli adulti ^[4-6].

Nonostante l'alta frequenza e la gravità, tutti gli studi concordano nel dimostrare che la gestione del dolore nelle urgenze è inadeguata. Guéant et al. hanno mostrato che il 30% dei pazienti con dolore severo non ha ricevuto alcun trattamento ^[2].

Ora, il dolore acuto è associato a delle complicanze gravi legate allo stress (complicanze cardiovascolari e respiratorie), a delle modifiche della percezione nocicettiva durante ulteriori stimolazioni o a una cronicizzazione ^[7-10]. Appare, quindi, evidente che deve essere gestito rapidamente ed efficacemente.

■ Gestione del dolore

La gestione del dolore acuto deve prendere in considerazione quattro elementi: il dolore, la patologia, il paziente e il contesto nel quale si manifesta.

Dolore

Per l'International Association for the Study of Pain (IASP), "il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale sgradevole legata a un danno tissutale reale o potenziale o descritta in questi termini" (1979). Questa definizione esprime bene il fatto che ci sono sicuramente degli elementi neurologici associati alla stimolazione nocicettiva all'origine della sensazione dolorosa. Ma ci sono anche degli elementi specifici per ogni individuo, tra cui il suo

Tabella 1.

Indagine diagnostica del dolore neuropatico.

Domanda 1: il dolore presenta una o più delle seguenti caratteristiche?	Sì	No
1. Bruciore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensazione dolorosa di freddo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Scosse elettriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domanda 2: il dolore è associato nella stessa regione a uno o più dei seguenti sintomi?		
4. Formicolio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pizzicore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intorpidimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domanda 3: il dolore è localizzato in qualsiasi zona in cui all'esame si riscontri:		
8. Ipoestesia al tatto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ipoestesia alla puntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domanda 4: il dolore è provocato o aumentato da:		
10. L'attrito ^a ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^a Di questi dieci item, la presenza di almeno quattro permette di sospettare un dolore neuropatico [13].

comportamento, il suo livello di ansia e le sue precedenti esperienze dolorose. Questo aspetto emotivo segnala la necessità di avere un approccio personalizzato al dolore.

Meccanismi del dolore

La gestione considera il dolore stesso, vale a dire il suo meccanismo e la sua intensità. In medicina d'urgenza, il meccanismo è principalmente nocicettivo, secondario a una reazione infiammatoria, a un trauma o a una lesione viscerale [11]. Tuttavia, in quasi il 20% dei casi, può verificarsi un meccanismo neurogeno [12]. Questo può avere delle conseguenze in termini di trattamento ed è utile pensarci, specialmente davanti a un fallimento terapeutico. Per porre la diagnosi di dolore neuropatico, bisogna utilizzare la scala DN4 [13] (Tabella 1). È stato recentemente dimostrato nelle urgenze che, durante un dolore da meccanismo neurogeno di intensità severa, la morfina potrebbe essere efficace [14].

Misurazione dell'intensità del dolore

Misurare l'intensità del dolore è essenziale per un'adeguata analgesia. In rianimazione, la semplice valutazione del dolore era associata a una diminuzione della durata di ventilazione meccanica e della degenza in rianimazione. Questa valutazione permetteva, infatti, di proporre un'analgia adattata al paziente e, soprattutto, di limitare l'uso inutile dei sedativi [15].

Il potere degli analgesici utilizzati e le modalità di attuazione dipenderanno dall'intensità del dolore. Il consumo di morfina necessaria per alleviare il dolore è correlato, debolmente ma positivamente, all'intensità iniziale del dolore [16].

Misurare l'intensità del dolore è, quindi, un passo essenziale prima dell'attuazione di un trattamento, nonché per monitorarne l'efficacia. Tuttavia, lo strumento di misurazione deve essere adattato al paziente.

Autovalutazione

A differenza del dolore cronico, per il quale le procedure di valutazione multidimensionali sono essenziali, per i dolori acuti sono efficaci e sufficienti a priori delle scale unidimensionali.

La priorità deve essere data all'autovalutazione. Non vi sono segni clinici o comportamentali che permettano di apprezzare in maniera precisa il livello di dolore quanto il paziente stesso. Per i pazienti adulti, sono state convalidate tre scale in medicina d'urgenza: la scala visiva analogica (VAS), la scala numerica (SN) e la scala verbale semplice (SVS).

Scala visiva analogica. La VAS consiste in un righello a due facce che deve essere presentato orizzontalmente al paziente. Una faccia è riservata al paziente e, ad ogni estremità, si trova scritto senza nessun'altra indicazione: "nessun dolore" e "peggior dolore immaginabile". Verrà posizionato un cursore tra queste due estremità in funzione dell'intensità avvertita. L'altra faccia è riservata all'operatore sanitario ed è graduata da 0 a 100 mm, cosa che permette di numerare quello che il paziente ha indicato con il cursore.

Uno dei vantaggi presentati da questa scala è che il paziente non ha dei numeri da memorizzare. Questo consente misurazioni ripetute indipendentemente le une dalle altre, a priori. Questa scala è affidabile e riproducibile, come hanno dimostrato Bijur et al. [17]. Il funzionamento è semplice e realizzabile nell'80% dei casi in situazioni d'urgenza [18, 19].

Inoltre, è con questa stessa scala che Todd et al. hanno dimostrato che una variazione media di 13 mm era associata a un cambiamento clinicamente percepibile dell'intensità del dolore [20].

Scala numerica. Il paziente deve definire il suo livello di dolore tra 0 e 10 in questo modo: "0 corrisponde all'assenza di dolore e 10 al dolore peggiore immaginabile". Questa scala è affidabile, non richiede strumenti particolari ed è realizzabile nel 96% dei casi [18]. Inoltre, la SN ha una forte correlazione con la VAS [18, 21].

Scala verbale semplice. Si tratta di una scala che propone al paziente cinque voci: nessun dolore, dolore lieve, dolore moderato, dolore intenso, dolore terribile. La voce selezionata viene, poi, ricollegata da un operatore sanitario a un numero compreso tra 0 e 4, rispettivamente da "nessun dolore" a "dolore terribile".

Questa scala ha il vantaggio di essere molto semplice, facile da capire e riproducibile, con un tasso di fattibilità dell'89% [18]. Ha, però, lo svantaggio di essere poco sensibile, offrendo una bassa gamma di risposte.

Nella pratica, viene preferita la SN. Se non è compresa, bisognerà provare la VAS e, poi, la SVS. In totale, possono essere valutati tutti i pazienti comunicanti.

Classificazione dell'intensità del dolore e obiettivo terapeutico. L'intensità del dolore è suddivisa in tre livelli:

- VAS ≤ 30 o SN ≤ 3 o SVS = 1-2: dolore lieve;
- VAS > 30 o SN > 3 o SVS = 3: dolore da moderato a intenso;
- VAS ≥ 60 o SN ≥ 6 o SVS = 4: dolore severo.

Questo aiuta anche a fornire un obiettivo terapeutico definendo un livello di sollievo: VAS ≤ 30 o una SN ≤ 3 o una SVS < 2.

Autovalutazione nei bambini. Come per gli adulti, nel bambino deve essere preferita l'autovalutazione. Ovviamente questo dipenderà dalla sua età. Dai 3 anni, i bambini sono potenzialmente capaci di differenziare dei livelli di grandezza. Ma, più sono piccoli, più il livello di risposta è binario. Prima dell'età di 8 anni, i bambini favoriscono gli estremi, poiché, tra i 4 e i 7 anni, il 35% di loro privilegia delle intensità estreme di dolore contro il 4% tra gli 8 e i 12 anni [22].

Dai 4 anni per alcuni bambini e sicuramente a partire dai 6 anni, si raccomanda di usare la VAS, presentata verticalmente [23]. Tuttavia, tra i 4 e i 6 anni, gli esperti della Haute Autorité de Santé raccomandano di associare la scala modificata delle facce.

Scala delle facce modificata. Questa scala rappresenta sei facce, da neutra a molto contratta. È il bambino che sceglie la faccia che meglio descrive il dolore che sente [24]. L'istruzione deve essere: "Sono delle persone che sentono dolore, mostrami la faccia che ha lo stesso dolore che hai tu".

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8718349>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8718349>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)