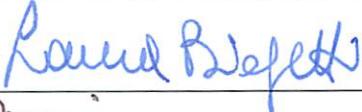
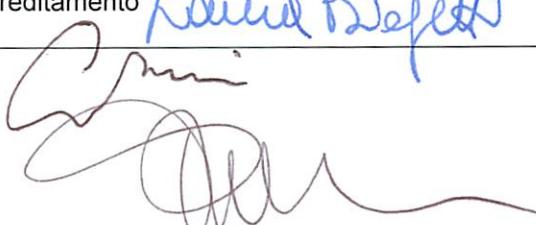




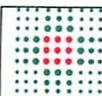
Gestione del dolore acuto postoperatorio nell'adulto

Procedura Aziendale
P116 AUSLBO

Redazione	<u>Coordinatore del gruppo di lavoro:</u> Stefania Taddei: Direttore U.O. Anestesia e T.I. Area Nord <u>Gruppo di redazione:</u> Elio Jovine: Direttore Dipartimento Chirurgico Erga Laura Cerchiari: Direttore U.O. Anestesia e T.I. O.M Marco Zanello: Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione O.B. Ornella Tovoli: Direttore U.O. Anestesia Area Sud Elisa Franceschini: Dirigente Medico U.O. Anestesia e T.I. O.M. Monica Zackova: Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione O.B Giancarlo Borrello: Dirigente Medico U.O. Anestesia e T.I. Area Nord Paolo Brasa: Dirigente Medico U.O. Anestesia Area Sud Samanta Ferrini: Coordinatore infermieristico Piastra Blocchi operatori O.M. Massimo Grezio: Coordinatore infermieristico UA Chirurgia Polispecialistica OM e UOC Chirurgia A OM Mariangela Turco: Coordinatore Infermieristico U.A. Chirurgia Polispecialistica O.B Daniele Moretto: Dirigente Medico U.O. Qualità e Accreditamento
Verifica	Laura Biagetti Responsabile U.O. Qualità e Accreditamento 
Approvazione	Libero Barozzi Direttore Dipartimento Servizi Giovanni Pieroni Direttore Operativo IRCCS ISNB 

Elenco Allegati

Allegato N°	Titolo dell'Allegato	Codice
1	Farmaci antidolorifici in prontuario disponibili presso la Farmacia Ospedaliera	Allegato 1 P116 AUSLBO
2	Protocolli di analgesia postoperatoria 24-48h e oltre	Allegato 2 P116 AUSLBO
3	Protocolli per specialità ed interventi	Allegato 3 P116 AUSLBO
4	Protocolli di analgesia alla dimissione DH	Allegato 4 P116 AUSLBO
5	Scale di misurazione del dolore	Allegato 5 P116 AUSLBO
6	Profilassi nausea e vomito postoperatorio (ponv) terapia effetti collaterali da oppiacei fans e gastroprotezione	Allegato 6 P116 AUSLBO



Sommario

1. Obiettivi	pag.3
2. Campo e luoghi di applicazione	pag.3
3. Riferimenti normativi bibliografici e documentali	pag.3
4. Definizioni e Abbreviazioni	pag.4
5. Processo.....	pag.5
5.1 Diagramma di flusso.....	pag.5
5.2 Matrice delle Responsabilità	pag.6
5.3 Descrizione	pag.6
5.3.1 Programmazione dell'analgesia	pag.6
5.3.2 Monitoraggio del dolore ed efficacia della terapia antalgica	pag.7
5.3.3 Adeguamento della terapia antalgica in corso	pag.7
5.3.4 Valutazione del dolore: le scale	pag.7
5.3.5 Monitoraggio del dolore mediante NRS	pag.8
5.3.6 Livelli di controllo dei potenziali eventi avversi	pag.8
5.3.7 Verifica e analisi periodiche.....	pag.8
6. Indicatori.....	pag.9



Premessa:

Il trattamento del dolore acuto dopo un intervento chirurgico è un elemento fondamentale del processo di cura per la stretta correlazione tra dolore ed eventi avversi perioperatori.

Nonostante la comunità scientifica abbia identificato il dolore come quinto parametro vitale e abbia definito che una analgesia appropriata rappresenta un fattore di outcome favorevole, ancora non sono stati raggiunti risultati soddisfacenti.

Circa il 60% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico riferiscono un dolore da moderato a molto severo.

1. Obiettivi:

Obiettivo della presente Procedura è quello di garantire al paziente adulto una terapia antalgica postoperatoria appropriata, efficace, controllata e con pari opportunità di accesso per tutti i pazienti operati secondo protocolli vigenti.

Obiettivi specifici sono:

- **Pianificare il trattamento in base all'intensità e alla durata del dolore previsti per l'intervento** con farmaci ad orari fissi/infusione continua e rescue dose per score>3
- **Utilizzare protocolli terapeutici e algoritmi condivisi** consultabili in tutti i Blocchi Operatori e i Reparti Chirurgici
- **Misurare il dolore in maniera sistematica utilizzando scale validate** per verificare l'efficacia del trattamento impostato
- **Riportare il valore misurato in cartella** (legge n.38 del 15 marzo 2010): 'Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore', "all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica e infermieristica in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito".
- **Correggere il piano di trattamento in base al dolore misurato** per ottenere un adeguato controllo del dolore
- **Prevenire e trattare gli effetti collaterali**
- **Prevedere un adeguato piano di formazione per tutte le figure professionali coinvolte**
- **Identificare Referenti Medici (Anestesiologi e Chirurghi) e Infermieristici** che favoriscano l'integrazione professionale e il lavoro in equipe, anche attraverso la rilevazione delle criticità e delle conseguenti azioni di miglioramento.
- **Descrivere in maniera sistematica le relative attività di gestione multidisciplinare e multiprofessionale;**
- **Perseguire un comportamento comune e condiviso** nella gestione del problema relativo al trattamento efficace e sicuro del dolore acuto post-operatorio;

2. Campo e luoghi di applicazione

Campo di applicazione della procedura è il trattamento antalgico ai pazienti adulti sottoposti ad intervento chirurgico

La procedura si applica presso tutti i Blocchi operatori, Terapie Intensive, Reparti chirurgici, Sale Radiologiche, Sedi di NORA della Azienda USL di Bologna IRCCS.

3. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

1. ASA: Practice 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;116:248-73
2. Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine: Acute Pain management: scientific evidence 2010
3. SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain. 28/04/2010
4. Epidural technique for postoperative pain: gold standard non more? Reg Anesth Pain Med 2012 May-Jun 37(3) 3010-7 Review



Gestione del dolore acuto postoperatorio nell'adulto

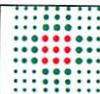
Procedura Aziendale
P116 AUSLBO

5. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. *Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention*. Lancet 2006 May 13;367(9522):1618-25.
6. Consensus Guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg 2014 Jan; 118(1) 85-113
7. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. Cochrane Database Syst. Rev. 2011
8. AUSL Bologna: Costituzione del Comitato Ospedale-Territorio senza dolore (COTSD). Nota del 15 aprile 2010 (Prot. 2010/105913)
9. Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010).

4. Definizioni e Abbreviazioni

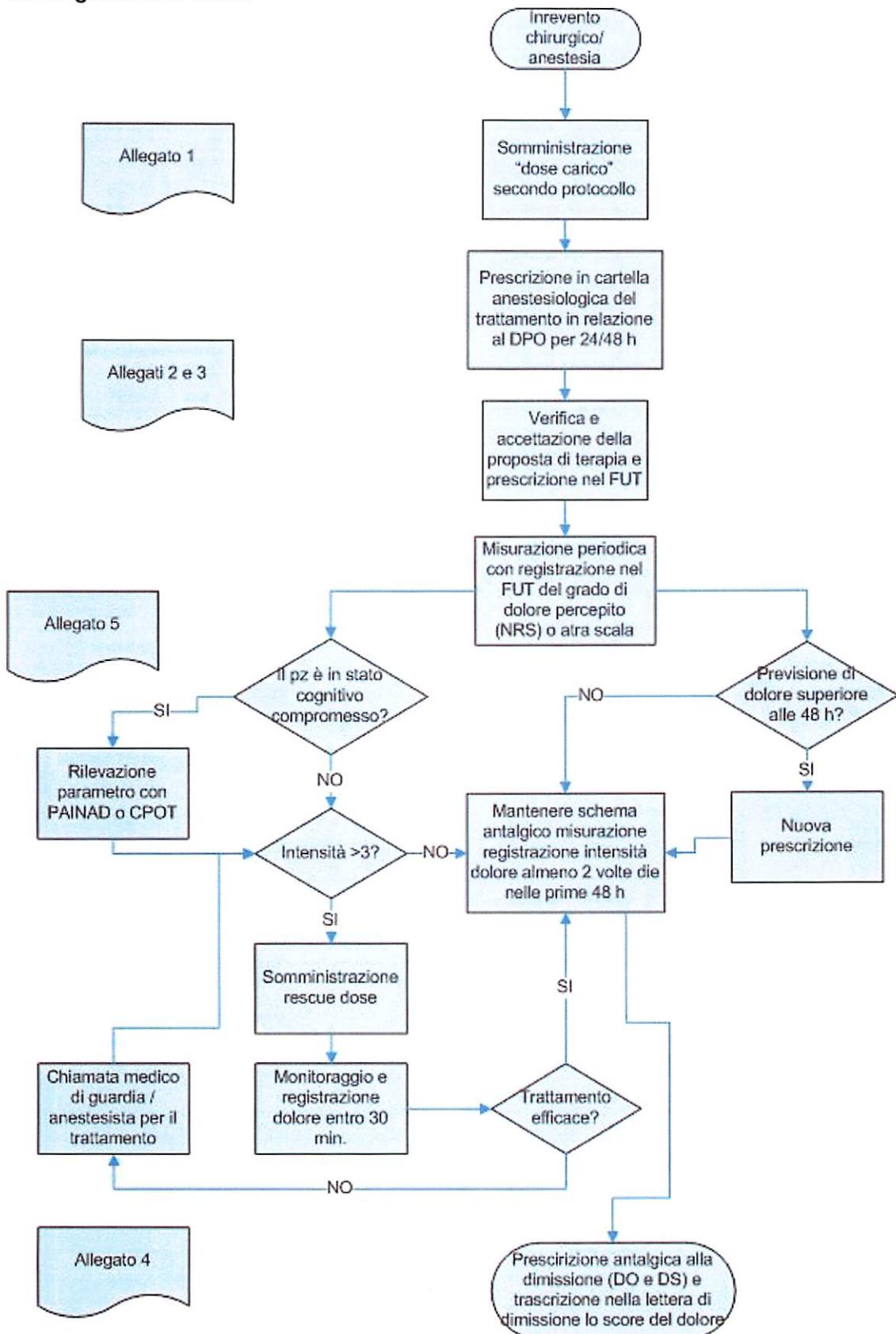
Definizioni	
Dolore	Una esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tessutale o comunque descritta come tale. <i>Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva. Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione durante i primi anni i vita. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica; ha anche carattere spiacevole, e perciò comporta una carica emozionale.</i> (IASP)
Pre-emptive	Dose analgesica di carico
Rescue dose	Somministrazione supplementare di farmaco analgesico (dose "di soccorso")

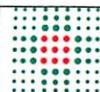
Abbreviazioni	
COTSD	Comitato Ospedale-Territorio Senza Dolore
DO	Degenza Ordinaria
DPO	Dolore post-operatorio
FC	Frequenza Cardiaca
FR	Frequenza Respiratoria
FUT	Foglio unico di terapia
IASP	International Association for the Study of Pain
NRS	Numerical Rating Scale: Scala numerica di valutazione dell' entità del dolore percepito
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia
CPOT	Critical Care Pain Observational Tool
O.B.	Ospedale Bellaria di Bologna
O.M.	Ospedale Maggiore di Bologna
PA	Pressione Arteriosa
PD	Pronta Disponibilità
PONV	Post operative nausea and vomiting
PTR	Prontuario
R 1	Anestesista di guardia o in pronta disponibilità (PD)
SO	Sala operatoria
U.O.	Unità Operativa



5. Processo

5.1 Diagramma di flusso





Gestione del dolore acuto postoperatorio nell'adulto

Procedura Aziendale
P116 AUSLBO

5.2 Matrice delle Responsabilità

Attività	Funzione	Anestesista	Medico di Reparto/ S.O.	Capo Sala	Infermiere
Somministrazione "dose carico" secondo protocollo		R			
Prescrizione della terapia antalgica postoperatoria a cura dell'anestesista di S.O.		R	C		
Riconciliazione della proposta terapeutica e prescrizione sul FUT		C	R		
Periodico e programmato rilevamento e registrazione in cartella del grado percepito di dolore postoperatorio		C	C		R
Rilievo di dolore non controllato			C		R
Somministrazione di "Rescue dose" secondo prescrizione		C	C		R
Rilievo di inefficacia e chiamata del Medico di Guardia			C		R
Chiamata dell'Anestesista di Guardia			R		R*
Intervento dell'Anestesista di guardia per adeguamento del trattamento antalgico e controllo eventi avversi		R	C		C
Prescrizione della terapia antalgica dopo le prime 48 ore		C	R		
Verifica periodica/approvigionamento della disponibilità farmaci analgesici		C	C	R	C
Valutazione periodica dell'efficacia dei trattamenti antalgici		R	R*		C
Prescrizione antalgica alla dimissione e trascrizione nella lettera di dimissione dello score del dolore		C	R		

R = responsabile, R* = responsabile per ambito di competenza, C = coinvolto

5.3 Descrizione

5.3.1 Programmazione dell'analgesia

- L'anestesista di sala operatoria prima del risveglio del paziente, SOMMINISTRA la "dose analgesica di carico" (starter) differenziata in base al protocollo di terapia analgesica post-operatoria che proseguirà per 24 - 48 ore. (Allegato N°1 - Farmaci in PTR). In relazione all'intensità del DPO atteso per lo specifico atto chirurgico (Allegato N°2 e Allegato N°3) e al tipo di anestesia praticata, DECIDE il trattamento antalgico post-operatorio più adeguato all'intervento e al paziente, unitamente alle altre terapie farmacologiche, infusionali e di monitoraggio diagnostico/strumentale, registrandolo nella cartella anestesiologica.
- La prescrizione deve prevedere la somministrazione ad orari fissi/infusione continua e l'eventuale rescue dose da somministrare in caso NRS > 3. Per ogni farmaco deve essere indicata la posologia unitaria, la concentrazione per ml, la velocità di infusione, la ripetibilità.
- Il Medico/Chirurgo di Reparto o il Chirurgo in Sala Operatoria, prescrivono nel FUT la terapia post-operatoria riconciliando la prescrizione proposta dal medico Anestesista. Il FUT deve essere



compilato in sala operatoria o comunque nel più breve tempo possibile dal rientro in reparto del paziente. Si deve evitare che la mancata prescrizione comporti un mancato o un ritardato trattamento.

- d. **Il Medico di Terapia Intensiva** che accoglie il paziente dalla sala operatoria o dal reparto continua la terapia in corso o prescrive la terapia analgesica secondo i protocolli concordati (Allegato N°2)
- e. **Dopo la prescrizione 24-48h il Chirurgo di Reparto**, deve provvedere ad una nuova prescrizione antalgica, nei casi in cui l'intervento preveda una durata di dolore superiore, secondo i protocolli suggeriti (Allegati N° 2 e N° 3)
- f. **La profilassi e il trattamento PONV e degli eventuali effetti collaterali da oppiacei** devono essere sempre considerati e prescritti secondo indicazione (Allegato N° 6)
- g. **Alla dimissione dalla Day Surgery Il Chirurgo di Reparto** riporta lo score del dolore nella lettera di dimissione e prescrive sempre la terapia analgesica post-operatoria a domicilio secondo i protocolli concordati (Allegato N° 4). I Farmaci possono essere forniti direttamente dal reparto, distribuiti in erogazione diretta dove possibile o prescritti su ricettario secondo PTR (Allegato N°1)
- h. **Alla dimissione in DO Il Chirurgo di Reparto** riporta lo score del dolore nella lettera di dimissione e in caso di NRS>3 prescrive a domicilio la terapia analgesica.

5.3.2 Monitoraggio dolore ed efficacia della terapia antalgica

- a. **L'infermiere di reparto rileva periodicamente l'intensità del dolore (NRS)** riferito dal paziente, contestualmente alla rilevazione degli altri parametri vitali. Rileva la presenza di effetti collaterali o avversi della terapia antalgica e degli eventuali interventi effettuati.
- b. **L'infermiere di reparto lo registra** nella documentazione sanitaria (FUT, grafica), verificando l'efficacia della terapia antalgica e la necessità di potenziare l'analgesia come da prescrizione medica ("rescue dose"). Dopo 30-60 min dalla somministrazione ogni rescue dose l'NRS va rivalutato.
- c. **Lo strumento di valutazione standard è lo score NRS.** L'indicazione all'utilizzo di scale diverse è riportato in Allegato 5.
- d. I protocolli di terapia antalgica per il controllo del dolore postoperatorio utilizzati nei Reparti chirurgici, sono periodicamente rivisti e aggiornati (Allegato 2).

5.3.3 Adeguamento della terapia antalgica in corso

- a. **L'infermiere di reparto** che rileva l' NRS>3 somministra la rescue dose prevista per il protocollo prescritto. Dopo 30 min rileva nuovamente l'NRS. Se il trattamento risulta inefficace contatta il **Medico di Guardia del reparto e/o l'Anestesista di Guardia o PD** per le opportune modifiche al trattamento
Per problemi riferibili al funzionamento dei presidi infusivi utilizzati, come cateteri peridurali, elastomeri, PCA, etc o effetti collaterali importanti viene interpellato direttamente l'Anestesista di guardia o PD.

5.3.4 Valutazione del dolore: le scale

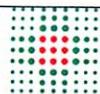
La valutazione del dolore nel paziente collaborante viene attuata utilizzando la scala NRS **Numerical Rating Scale** (secondo le indicazioni della Regione Emilia Romagna): è una scala self-report unidimensionale numerica compresa da 0 a 10, nella quale 0 corrisponde all'assenza di dolore e 10 al massimo dolore possibile.

Si utilizza chiedendo al paziente: "Quanto dolore ha da 0 a 10 se 0 è nessun dolore e 10 il massimo dolore immaginabile?".

Il valore del NRS è quindi compreso tra 0 e 10 e l' entità del dolore percepita in relazione alla terapia antalgica attuata viene così interpretata:

- Dolore rilevato tra 0 e 3 = terapia in corso sufficiente
- Dolore rilevato tra 4 e 7 = terapia non sufficiente: somministrare "rescue dose"
- Dolore rilevato tra 8 e 10 = terapia gravemente insufficiente: somministrare rescue dose e contattare il Medico di Reparto e/o l'Anestesista di guardia per la modifica della terapia.

La scala NRS non è utilizzabile nei pazienti non collaboranti quindi devono essere utilizzate la scala PAINAD nei pazienti con deficit cognitivo-comportamentale (demenza) e la scala CPOT nei pazienti in terapia intensiva non in grado di eseguire l'autovalutazione.(Vedi Allegato N°5).



5.3.5 Monitoraggio del dolore mediante NRS

- a) Rilevare il dolore entro due ore dal rientro in reparto dalla SO.
- b) Rilevare il dolore almeno due volte/die nelle prime 48 ore e dopo la somministrazione della rescue dose.
- b) E' consigliabile non suggerire o commentare la risposta data dal paziente.

5.3.6 Livelli di controllo dei potenziali eventi avversi

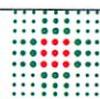
Monitoraggio Parametro Rientro da SO poi ogni 6h	Protocollo Gestione DPO A	Protocollo Gestione DPO B	Protocollo Gestione DPO C	Protocollo Gestione DPO D	ALERT
NRS	x	x	x	x	>3
PA FC Diuresi	x	x	x	x	Ipotensione Bradicardia Oliguria
FR		x	x		FR< 8
PONV	x	x	x	x	Vedi allegato 6
Scala Sedazione		x	x		Difficilmente risvegliabile o non responsivo
Scala di Holimen			x	x	Parestesia Ipostenia Deficit motori

La comparsa di uno o più alert va segnalata al medico di guardia e/o all'anestesista perché possibile segnale iniziale di complicanza grave

5.3.7 Verifica e analisi periodiche

Sono previste verifiche dell'efficacia delle terapie con eventuale adeguamento dei protocolli anche rispetto ai farmaci disponibili. Inoltre sono programmate le riunioni nei singoli reparti coinvolti con i referenti del COTSD sempre per verificare l'efficacia delle terapie, problemi contingenti legati ai farmaci e presidi utilizzati (pompe elastomeriche, cateteri peridurali, etc.).

Le problematiche e le proposte di miglioramento sono portate in COTSD per la condivisione e l'eventuale approvazione.



6. Indicatori

Indicatori	Standard	Dimensione campione	Periodicità della rilevazione	Fonte
Numero pazienti con 2 registrazioni del parametro dolore al giorno nelle prime 48 ore	98%	5% sul totale annuale dei ricoveri	Annuale	Grafica
Numero pazienti sottoposti ad intervento				
Numero pazienti con prescrizione antalgica secondo protocollo	98%	5% sul totale dei ricoveri	Annuale	Grafica/ FUT
Numero pazienti in terapia con NRS < 3				
Numero pazienti con prescrizione antalgica alla dimissione	98%	5% sul totale dei ricoveri	Annuale	Lettera di dimissione
Numero pazienti sottoposti ad intervento				

La raccolta annuale degli indicatori è in carico ai Direttori delle U.O. chirurgiche i quali provvedono a inoltrare i dati rilevati alla U.O. Qualità ed Efficacia delle Cure