

# **PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DEL DOLORE POST-OPERATORIO**

Dott. Alessio Trabalza  
Servizio di Anestesia II  
Policlinico S.M. della Misericordia  
Perugia

## Postoperative pain survey in Italy (POPSI): a snapshot of current national practices.

[Coluzzi F](#), [Savoia G](#), [Paoletti F](#), [Costantini A](#), [Mattia C](#).

Department of Anesthesia, Intensive Care Medicine and Pain Therapy, La Sapienza University of Rome, ICOT-Polo Pontino, 00161 Rome, Italy. [flaminia.coluzzi@uniroma1.it](mailto:flaminia.coluzzi@uniroma1.it)

[Minerva Anesthesiol. 2009 Nov;75\(11\):604-6.](#)

Studio basato su di un questionario di 16 domande somministrato a 650 anestesisti durante il Congresso Italiano di Anestesia SIAARTI 2006

# POPSI 2006

- Basato su un campione di 163 ospedali (24,4% degli ospedali pubblici italiani)
- 41,7% hanno organizzato un APS realmente funzionante
- Frequenza maggiore negli ospedali universitari (utilizzo specializzandi)
- Infusione continua con elastomero 44% dei pazienti , al bisogno 22,2%
- PCA 5% e Peridurale 13%
- Ragioni per inadeguato controllo del dolore :
  - ✓ Inadeguata formazione del personale 44,3%
  - ✓ Scarsa organizzazione 29,9%
  - ✓ Ristrettezza dei mezzi tecnici 21,5%
- Il 51,2% degli intervistati ha risposto che è assolutamente auspicabile la supervisione di un anestesista nel controllo del dolore post operatorio

# Acute Pain Service

Linee guida Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations 2001

- Valutazione del dolore mediante scale validate
- Adeguamento dei protocolli di trattamento alla propria struttura
- Presenza di protocolli per situazioni particolari
- Monitoraggio accurato del paziente in terapia
- Collaborazione con tutte le figure professionali che intervengono nella cura del paziente
- Formazione del personale
- Informazione del paziente
- Eseguire frequenti audit

# Basi per la creazione di un APS

- Il dolore postoperatorio può essere previsto e può essere di varia intensità
- Il dolore postoperatorio fa parte della malattia perioperatoria
- Non tutti i pazienti necessitano dello stesso tipo di terapia e quindi di sorveglianza
- Tanto più grave sarà il dolore tanto più aggressiva la terapia e quindi assiduo il controllo

# Ruolo chiave dell'infermiere

- La formazione del personale sanitario ed in particolare quella dell'infermiere ha un ruolo chiave
- L'infermiere è la figura che passa più tempo con il paziente
- La formazione deve mirare non solo a fornire le conoscenze fisiopatologiche e farmacologiche necessarie ma anche ad abbattere le barriere più resistenti che derivano dalla consuetudine

# ATTENZIONE

**Il monitoraggio del dolore dovrebbe essere eseguito alla stregua del monitoraggio degli altri parametri vitali e quindi più o meno frequentemente in base alle terapie attuate e alle condizioni cliniche del paziente**

# NRS

- Scala Numerica verbale per la valutazione del dolore.
- Il paziente indica verbalmente un numero da 0 a 10 che corrisponda quanto più possibile al livello del dolore percepito. Al paziente deve essere posta la seguente domanda:
- “Se 0 equivale a nessun dolore e 10 al più forte dolore che lei possa immaginare di avere, su una scala da 0 a 10, qual è il numero che meglio corrisponde all'intensità del suo dolore?”
- Il valore minimo per il quale deve essere iniziato il trattamento antalgico è “4”

# Il dolore postoperatorio

- E' un dolore acuto e spesso estremamente intenso che presenta caratteristiche di complessità legate all'età, al sesso, al peso del paziente, alle patologie preesistenti, alla sua integrazione affettiva (ansia e/o depressione), alle tecniche anestesologiche, al tipo, alla sede, alla tecnica chirurgica e alla durata dell'intervento.
- E' definitivamente dimostrato che tale dolore va trattato come una vera "entità patogena" nell'ambito del periodo postoperatorio e che le alterazioni neuroendocrine, metaboliche, fisiche ed emozionali indotte da tale sintomatologia algica possono incidere in maniera significativa sul decorso clinico, sulla durata della degenza, sull'outcome del paziente chirurgico

# Il Gruppo di Lavoro formula le seguenti raccomandazioni:

- La terapia antalgica deve essere prescritta dall'anestesista direttamente nella scheda della terapia in cartella clinica. Ogni sospensione della terapia prescritta dovrà essere motivata nel diario medico.
- Il paziente potrà essere dimesso dalla Sala Operatoria/Recovery Room solo con NRS <4
- All'arrivo in reparto l'infermiere rivaluta il paziente, registra il livello di dolore nell'apposito spazio nella cartella clinica, utilizzando:  
la scala numerica verbale per la valutazione del dolore da 0 a 10 **NRS**
- controlla periodicamente l'efficacia della terapia analgesica (ogni 2 ore nelle prime 6 ore), somministrando se necessario la "rescue dose" prevista dal protocollo applicato in quel caso specifico.
- **l'anestesista interviene su chiamata e prescrive eventuali aggiustamenti terapeutici (se livello di dolore misurato risulta persistentemente elevato o presenza di effetti indesiderati descritti in seguito).**

Il Servizio Anestesia Rianimazione Terapia Antalgica e Terapia Intensiva  
 Responsabile per le Ortopedie  
 Dr. Giorgio Danelli

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Letto n° \_\_\_\_\_

Intervento \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dolore Lieve		Sino al _____
<input type="checkbox"/> A1 Endovena	<input type="checkbox"/> Artrosilene fl 160mg 1fl h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Perfalgan 1g 1fl h _____; _____; _____ (max 4 g/die) Se dolore (VAS>4 o VRS>2) _____ ripetibile dopo _____ h	
<input type="checkbox"/> A2 OS	<input type="checkbox"/> Ibifen cp _____ mg 1cp h _____; _____; _____ (max 400mg/die) <input type="checkbox"/> Tachipirina 500mg 2cp h _____; _____; _____ (max 4g/die) Se dolore (VAS>4 o VRS>2) _____ ripetibile dopo _____ h	
Dolore moderato - grave		Sino al _____
<input type="checkbox"/> B1 EV	<input type="checkbox"/> Contramal _____ mg; <input type="checkbox"/> Toradol _____ mg; <input type="checkbox"/> Lixidol _____ mg; <input type="checkbox"/> Plasil _____ mg in _____ di fisiologica ( <input type="checkbox"/> Elastomero; <input type="checkbox"/> Siringa elettrica) velocità _____ ml/h Se dolore (VAS>4 o VRS>2) _____ ripetibile dopo _____ h	
<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> Perfalgan 1 g h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Tachipirina 500mg 2cp h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Ibifen os _____ mg 1 cp h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Artrosilene 160mg ev h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Oxycontin _____ mg h _____; _____ (da non masticare!) Se dolore (VAS>4 o VRS>2) _____ ripetibile dopo _____ h	
Dolore severo		Sino al _____
<input type="checkbox"/> C2	<input type="checkbox"/> Oxycontin _____ mg h _____; _____ (da non masticare!) Se dolore (VAS>4 o VRS>2) <input type="checkbox"/> Oramorph _____ mg ripetibile dopo _____ h <input type="checkbox"/> Morfina _____ mg in _____ ml di fisiologica vel _____ mg/h; ID (bolo) _____ mg; lockout _____ min; max dose <input type="checkbox"/> 1h _____ mg; <input type="checkbox"/> 4h _____ mg Associare con <input type="checkbox"/> Artrosilene fl 160mg 1 fl h _____; _____; _____ <input type="checkbox"/> Perfalgan 1g h _____; _____; _____ (max 4g/die)	
<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> Naropina 0,2 % <input type="checkbox"/> Chirocaina _____ % <input type="checkbox"/> Peridurale <input type="checkbox"/> Perineurale _____ vel _____ ml/h (in caso di siringa elettrica aumentabile fino a _____ ml/h) ID (bolo) _____ ml; lockout _____ min; max dose <input type="checkbox"/> 1h _____ mg; <input type="checkbox"/> 4h _____ mg  Ulteriore terapia EV: <input type="checkbox"/> Perfalgan 1g h _____; _____; _____ (max 4g/die) <input type="checkbox"/> Artrosilene 160 mg h _____; _____; _____  Per OS: <input type="checkbox"/> Tachipirina cp 500 mg 2cp h _____; _____; _____ (max 4g/die) <input type="checkbox"/> Ibifen cp _____ mg h _____; _____; _____  <input type="checkbox"/> Associare Oxycontin _____ mg h _____; _____ (da non masticare!) Se dolore (VAS>4 o VRS>2) _____ ripetibile dopo _____ h	

N.B. Se nausea praticare  Zofran 4mg ;  In caso di persistenza Plasil 10 mg  
 Per EPIDURALE in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ eseguire PT e aPTT

Firma anestesista \_\_\_\_\_

# **CHIRURGIA MINORE CON DOLORE LIEVE**

## **CHIRURGIA GENERALE**

*Asportazione noduli mammari, quadrantectomia, ernia inguinale e ombelicale, tiroidectomia*

## **CHIR. TORACICA**

*Mediastinoscopie*

## **CHIR. VASCOLARE**

*Safenectomia, TEA carotidea, trombectomia (Fogarty)*

## **CHIR OSTETRICO-GINECOLOGICA**

*Revisione della cavità uterina, isteroscopia, cerchiaggio, sterilizzazione laparoscopica, laparoscopia diagnostica*

## **CHIR. ORTOPEDICA**

*Tunnel carpale, cisti tendinee, rimozione mezzi di sintesi*

## **CHIR UROLOGICA**

*Cistoscopia diagnostica, varicocele, TURP*

## **CHIR OFTALMICA**

*Cataratta, calazio, pterigio*

## **NEUROCHIRURGIA**

*Nucleoplastica*

## **CHIR. MAX-FACCIALE**

*Estrazioni dentarie*

## **CHIR. ORL**

*Adenoidectomia, microlaringoscopia, miringoplastica, chirurgia plastica del naso e dell'orecchio, polipectomia nasale*

## DOLORE LIEVE:

- Infiltrazione della ferita con anestetico locale (LevoBupivacaina 0,25% o Ropivacaina 0,375% 2 ml/cm)
- Pazienti che si alimentano: Ketoprofene 100 mg/12 ore per .os oppure Paracetamolo 1 g/6-8 ore per .os
- Rescue: Ketoprofene 100 mg/ev
- Rescue: Tramadolo 100 mg in 100 fisiol in 30' + metoclopramide 10 mg
- Protezione gastrica: Omeprazolo 20 mg/per os

## In pazienti con patologia ulcerosa gastro-intestinale e/o insuff. renale:

- Paracetamolo 1 g/6-8 h ev (max 4 g/die)
- Rescue: Tramadolo 100 mg in 100 fisiol in 30' + metoclopramide 10 mg
- Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

## **CHIRURGIA DI MEDIA GRAVITA' CON DOLORE MEDIO**

### CHIRURGIA GENERALE,

*Mastectomia, VLC, toracosopia, emorroidectomia, appendicectomia, fistole anali, cisti sacrococcigee,  
emicolectomia ds*

### CHIR. TORACICA

*Toracosopia per resezioni atipiche polmonari*

### CHIR. VASCOLARE

*By-pass femoro-popliteo, femoro-distale, axillo-bifemorale, carotido-succlavio, cross-over femoro-femorale, amputazioni dita piede nel diabetico, fasciotomie decompressive, protesi endovascolari*

### CHIR OSTETRICOGINECOLOGICA

*Laparoscopie operative, TVT, colpoisterectomia, colpopessia, taglio cesareo*

### CHIR. ORTOPEDICA

*Artroscopia di ginocchio, M di Dupuytren e altra chirurgia della mano*

### CHIR UROLOGICA

*Circoncisione, orchidopessi, prostatectomia radicale e transvescicale*

### CHIR OFTALMICA

*Vitrectomie, cerchiaggi, strabismi, blefaroplastiche*

### CHIR. MAX-FACCIALE

*Riduzione fratture ossa facciali*

### CHIR. ORL

*Tonsillectomia, cisti del collo, linfadenectomie laterocervicali e mandibolari, parotidectomia*

# DOLORE MEDIO

30 minuti prima della fine intervento:

Ketoprofene 100 mg + Tramadolo 100mg  
+ metoclopramide 10 mg ev in 15'

Infusione continua con pompa elastomerica  
con: Tramadolo 300 mg / die in 24 ore

Rescue: Paracetamolo 1 g/ev max 4/die

In alternativa:

- a Morfina 0,05-0,15 mg/Kg ev (max /6 h)
- b Ketoprofene 100 mg ev per 2/ die max

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg /ev

Basic

TECHNIQUE

Whilst the patient is in the supine position, a high frequency ultrasound probe is placed transverse to the abdominal wall between the costal margin and iliac crest.



The image produced shows (from above downwards) skin, subcutaneous tissue, fat, external oblique, internal oblique, transversus abdominis. The peritoneum and bowel loops may also be visualized deeper to the muscles.

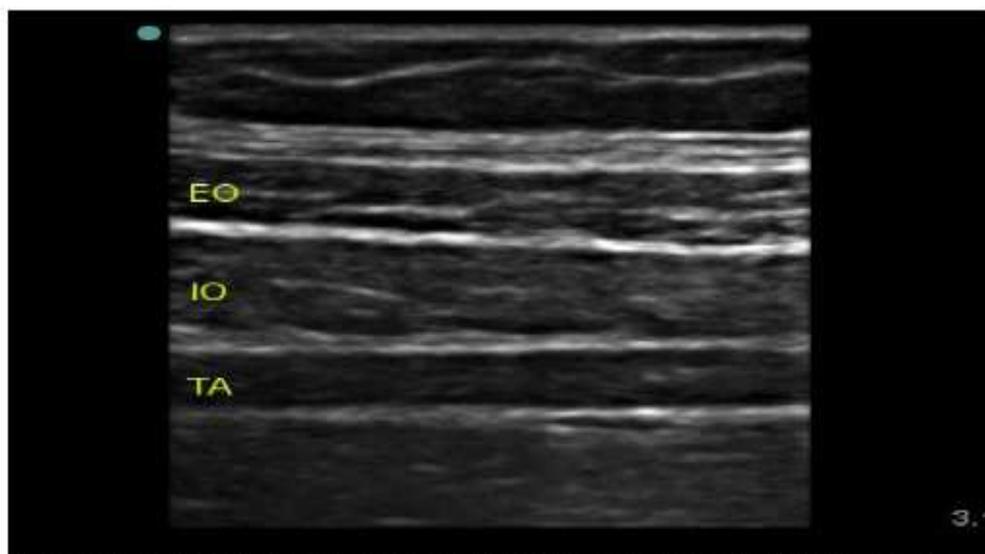


Figure 6. Image of the abdominal wall. EO: external oblique, IO: internal oblique, TA: transversus abdominis

# Con patologia ulcerosa gastro-intestinale e/o insuff. renale:

30 minuti prima della fine intervento

Paracetamolo 1 g/ev

Tramadolo 100 mg in 15' + metoclopramide 10 mg

Infusione continua con pompa elastomerica con:

- a) Tramadolo 300 mg
- b) Metoclopramide 10 mg
- c) Paracetamolo 1 g/6h/ev

Rescue: Morfina 0,05-0,15 mg/Kg ev (max/6 h)

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

# **CHIRURGIA MAGGIORE CON DOLORE ELEVATO**

## CHIRURGIA GENERALE

*Gastrectomia, resezioni intestinali allargate, resezioni addomino-perineali, epatectomia, pancreasectomia, colecistectomia laparotomica*

## CHIR. TORACICA

*Chirurgia esofagea, toracotomie, toracosopia per pleurectomia, chirurgia della trachea, sternotomia*

## CHIR. VASCOLARE

*Aneurismectomia dell'aorta addominale, by-pass aortobifemorale e aorto-bisiliaco, amputazione arti.*

## CHIR OSTETRICO - GINECOLOGICA

*Taglio cesareo, isterectomia laparotomica, linfadenectomia per staging, K ovaio, vulvectomie, K endometrio*

## CHIR. ORTOPEDICA

*Alluce valgo, ricostruzione legamento crociato, osteotomia, protesi d'anca e ginocchio, frattura piatto tibiale, frattura tibia, frattura perone, frattura omero-gomito, artroscopia di spalla*

## CHIR UROLOGICA

*Nefro-ureterectomia, surrenalectomia, prostatectomia radicale con linfadenectomia, cistectomia*

## CHIR OFTALMICA

*Chirurgia vitroretinica, chirurgia orbitaria, enucleazione*

## CHIR. MAX-FACCIALE

*Resezioni mandibolari con trapianti a lembo, K pavimento, interventi correttivi di prognatismo e prognatismo della mandibola*

## CHIR. ORL

*Caldwell-Luc, laringectomia, interventi cavo orale*

# DOLORE ELEVATO

30' prima della fine intervento:

- a) Morfina 0,1-0,15 mg/Kg/ev
- b) Elastomero con: 20 mg morfina /24 ore
- c) Ketorolac 15 mg/6 ore/ev (max 60 mg/die)

Rescue:

1. Morfina 0,05-0,15 mg/Kg ev (max/6 h)
2. Paracetamolo 1 g x 6/ die

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

# **DOLORE ELEVATO : BLOCCHI CONTINUI**

Infusione di carico in base al tipo di blocco (Femorale, sciatico, interscalenico, ecc.) 10 ml levobupivacaina 0,25% o ropivacaina 0,5%

Infusione continua: Ropivacaina 0,2% o levobupivacaina 0,125% a 4-8 ml/ora

Eventuali boli rescue di 4-6 ml

Se l'analgesia non è sufficiente: Ketoprofene 100 mg/ev ogni 12 ore oppure Paracetamolo 1 gr / ev ogni 6 ore

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev



# **DOLORE ELEVATO: PCA (Analgesia controllata dal paziente).**

Senza infusione continua basale è la tecnica più sicura di somministrazione ev di oppiacei; boli piccoli, frequenti e facilmente adattabili. Le dosi devono essere ridotte del 30% in caso di età > di 70 anni.

30' prima della fine intervento:

Morfina 0,1-0,15 mg/Kg/ev

Morfina 0,5 mg/ml (50 mg morfina + fisiol a 100 ml)

a. Bolo: 1 mg

b. Lockout: 5-10 minuti

c. Dose massima: 16 mg/4 ore

Ketorolac 15 mg/6 h/ev

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

# **DOLORE ELEVATO: PERIDURALE CONTINUA**

Gli oppiacei somministrati per via peridurale in associazione con anestetici locali sono più efficaci e manifestano un effetto sinergico che permette di ridurre le dosi di ciascuno, ottenendo una minor incidenza di effetti collaterali.

# DOLORE ELEVATO: PERIDURALE CONTINUA

Infusione di carico in base alla sede del catetere/tipo d'intervento e quindi:

Infusione peridurale continua con:

Ropivacaina 0,2% 2 mg/ml (100 ml)

Fentanyl 2 mcg/ml (2 fiale in 100 ml)

Infusione a 5-8 ml/ora ed eventuali boli rescue di 4-6 ml

Se l'analgesia non è sufficiente: Paracetamolo 1 gr / ev ogni 6 ore  
oppure Ketorolac 30 mg/ev ogni 12 ore

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

Si tratta di un'indicazione orientativa: farmaco, concentrazione, velocità d'infusione, volume del bolo possono variare in relazione al paziente, all'intervento, alla sede del catetere.

## **DOLORE ELEVATO: INFUSIONE CONTINUA DI OPPIACEI**

In pazienti con patologia gastrointestinale e/o insufficienza renale: non è raccomandata di routine perché può richiedere dosaggi elevati con rischio di tolleranza e depressione respiratoria. Se applicata richiede un adattamento individuale in base ad età, intervento, situazione clinica e soprattutto uno stretto monitoraggio.

# DOLORE ELEVATO : BLOCCHI CONTINUI

- (Femorale, sciatico, interscalenico, ecc...) in pazienti con patologia ulcerosa gastrointestinale e/o insufficienza renale :
- Infusione continua: Ropivacaina 0,2% o Levobupivacaina 0,125% a 4-8 ml/ora
- Eventuali boli rescue di 4-6 ml
- Se l'analgesia non è sufficiente: Paracetamolo 1 g/6 h/ev
- Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

# DOLORE ELEVATO : PCA

(in pazienti con patologia ulcerosa gastrointestinale e/o insufficienza renale)

- 30' prima della fine intervento: Morfina 0,1-0,15 mg/Kg/ev
- Morfina 0,5 mg/ml (50 mg morfina + fisiol a 100 ml)
  - a) Bolo: 1 mg
  - b) Lockout: 5-10 minuti
  - c) Dose massima: 16 mg/4 ore
- Paracetamolo 1 g 6 h/ev

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg 1 f/ev

## **DOLORE ELEVATO : PERIDURALE CONTINUA**

(in pazienti con patologia ulcerosa gastrointestinale e/o insufficienza renale)

- Infusione di carico in base alla sede del catetere/tipo d'intervento e quindi:
- Infusione peridurale continua con:
  - a. Ropivacaina 0,2% 2 mg/ml (100 ml)
  - b. Fentanyl 2 mcg/ml (2 fiale in 100 ml)
  - c. Infusione a 5-8 ml/ora ed eventuali boli rescue di 4-6 ml
- Se l'analgesia non è sufficiente: Paracetamolo 1 g/6 h/ev

Protezione gastrica: Omeprazolo 40 mg /ev

## CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI:

- Il Ketoprofene è controindicato nei pazienti con patologia ulcerosa gastroduodenale, nell'insufficienza renale grave, nei pazienti con disordini della coagulazione o che assumono terapia anticoagulante o antiaggregante piastrinica, nel sanguinamento cerebrale recente, nella gravidanza, nell'allattamento.
- Il Paracetamolo è controindicato nei pazienti con grave insufficienza epatica. Sebbene la maggior parte dei pazienti possa assumere 4 g/die senza effetti collaterali, va posta cautela nei pazienti a lungo digiuni, in quelli che assumono contemporaneamente isoniazide, zidovudina o un barbiturico oppure quelli che consumano elevate quantità di alcool. Deve essere somministrato in 15 minuti circa

## CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI:

- Il Tramadolo è controindicato nei pazienti con anamnesi positiva per epilessia o che assumono farmaci che abbassano la soglia di insorgenza delle convulsioni (antidepressivi, antipsicotici, inibitori della MAO)
- La Morfina nell'adulto va dosata più in funzione dell'età che del peso corporeo.
- Una formula approssimativa è la seguente:  
fabbisogno di morfina (in mg) in pazienti di età compresa fra 20 e 70 anni nelle prime 24 ore dall'intervento di chirurgia maggiore =  $100 - \text{età}$

## CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI:

- Il Ketorolac è controindicato nei pazienti con patologia ulcerosa gastro-duodenale, nell'insufficienza renale con creatininemia  $> 1.8$ , nei pazienti con disordini della coagulazione o che assumono terapia anticoagulante o antiaggregante piastrinica, nel sanguinamento cerebrale recente, nella gravidanza, nell'allattamento, uso massimo 3 giorni ev, 5 giorni per os. Dose massima 60 mg/die.

# MONITORAGGIO

- Controllo del livello di analgesia ogni 2 ore per le prime 6 ore ed ogni 8 per le successive 48 (72 nei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore)
- Mantenere NRS <4; se si rileva NRS più elevato somministrare il farmaco rescue e riverificare dopo 20-30' il risultato registrando di nuovo NRS. Se ancora elevato modificare il piano di trattamento del dolore con protocollo farmacologico di grado superiore.
- Nei pazienti in trattamento con Tramadolo e Morfina con elastomero, se nausea o vomito somministrare metoclopramide 10 mg o ondansetron 4 mg ev.

# MONITORAGGIO

- **Nei pazienti in trattamento con morfina in PCA o infusione è necessario:**

Mantenere per le prime 12-24 ore una somministrazione di O<sub>2</sub>

Monitoraggio SpO<sub>2</sub>

Monitoraggio coscienza con scala di sedazione e frequenza respiratoria

Se la sedazione è  $> 2$  e/o la frequenza respiratoria è  $< 10$  atti/minuto: sospendere la somministrazione di morfina con PCA e valutare la possibilità di somministrare Naloxone (presente nel carrello dell'emergenza) 5 mcg/Kg/ev (1/2-1 fiala portata a 10 ml con s.f.) e **chiamare l'anestesista di guardia.**

# MONITORAGGIO

- Nei pazienti con analgesia peridurale continua attenersi al protocollo di sorveglianza della peridurale in uso .

In particolare:

Se ipotensione con PA sistolica minore di 30 mmHg rispetto alla PA abituale o comunque  $< 100$  mm Hg:

- Riempimento volemico con cristalloidi 1000 ml
- Vasocostrittori: Efedrina 5-10 mg ev
- Rallentamento/sospensione dell'infusione e **chiamare l'anestesista di guardia.**

Se riduzione della motilità o comparsa di parestesie e dolore:

rallentamento o sospensione dell'infusione con verifica neurologica a breve termine e

**chiamare l'anestesista di guardia**



# 62° Congresso Nazionale SIAARTI

Palermo, 14-17 Ottobre 2008 - Fiera del Mediterraneo



Università degli Studi di Perugia  
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale  
Istituto di Anestesia e Rianimazione, Direttore Prof. V.A. Peduto

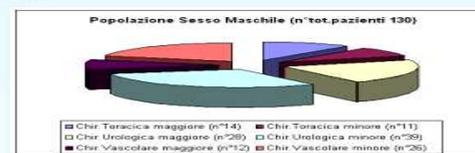
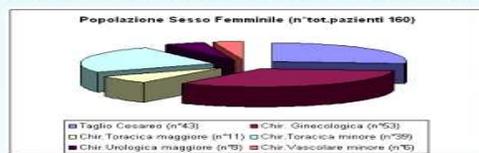
## “Valutazione intensità e prevalenza del dolore acuto postoperatorio”

Alessio Trabalza, Matteo Vissani, Simonetta Tesoro, Giulia Pituru\*

\*Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale  
Istituto di Anestesia e Rianimazione, Direttore Prof. V.A. Peduto

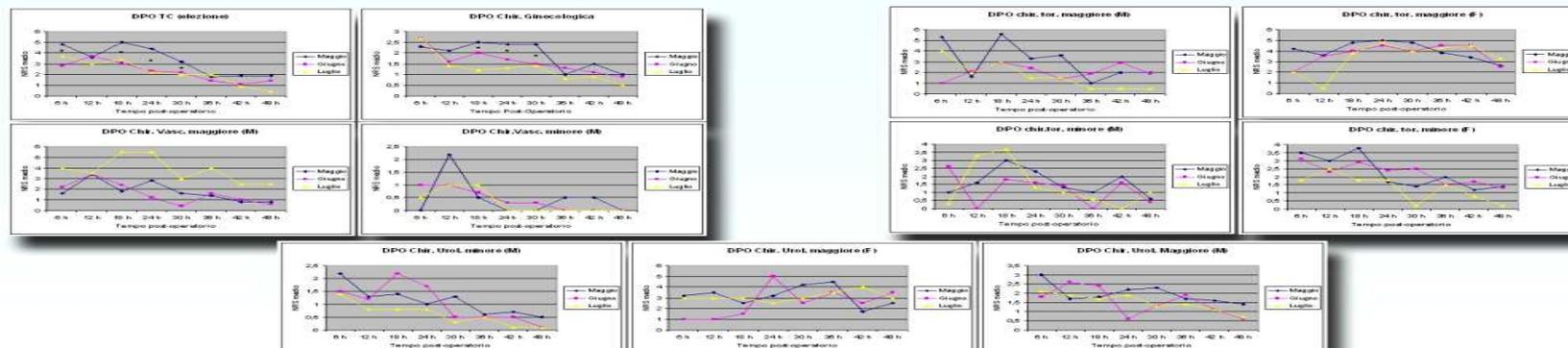
**Scopo:** studio osservazionale prospettico per la valutazione dell'intensità e della prevalenza del dolore acuto postoperatorio (DPO) in quattro reparti di chirurgia presso l'Azienda Ospedaliera “Santa Maria della Misericordia” di Perugia.

**Materiali e Metodi:** sono stati valutati per il DPO, nei mesi di maggio, giugno e luglio 2008, n° 290 pazienti degenti presso quattro reparti come illustrato nei seguenti grafici:

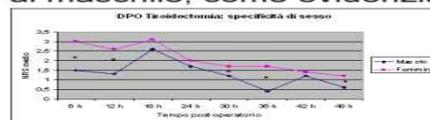


La valutazione del DPO è stata effettuata, dai Medici Anestesisti in Formazione, ogni sei ore e per le successive quarantotto ore dopo l'intervento chirurgico. La registrazione è stata effettuata su apposita scheda mediante scala di valutazione numerica (NRS)(1). La terapia analgesica postoperatoria è stata effettuata secondo le raccomandazioni SIAARTI (2).

**Risultati:** i valori NRS medi osservati nelle quarantotto ore sono illustrati nei sottostanti grafici:



**Discussione:** l'analgesia postoperatoria nei reparti esaminati è risultata, nella maggior parte dei casi, soddisfacente. I valori NRS più elevati sono stati registrati in tutti i reparti nelle ore notturne, quando la gestione del DPO è prevalentemente a carico di personale ospedaliero non adeguatamente formato a tale scopo. Da qui la necessità dell'istituzione di un Servizio per il Dolore Acuto. Tuttavia si è osservato come l'assidua presenza dei Medici Anestesisti in Formazione nelle degenze e la loro attività sia di registrazione del dolore sia di trattamento dello stesso abbia modificato in maniera positiva e statisticamente significativa i punteggi del dolore in alcuni reparti. Abbiamo inoltre osservato, per gli stessi interventi chirurgici e regimi analgesici, una maggiore intensità di dolore acuto postoperatorio nel sesso femminile rispetto al maschile, come evidenziato nel sottostante grafico e come già descritto in letteratura (3).



### Bibliografia

1. Price DD, Bush FM, Long S, Harkins W. A comparison of pain measurement characteristic of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. Pain 2004; 56:217-26.
2. SIAARTI Recommendations for the treatment of postoperative pain.
3. Cepeda MS, Carr DB. Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. Anesth Analg 2003; 97:1464-68.

# SCALA SEDAZIONE

0

No sedazione - Paziente sveglio e collaborante

1

Sedazione minima - Rilassato, risponde adeguatamente alla conversazione

2

Sedazione moderata - Sonnolento, risponde ai comandi verbali e/o ad una stimolazione lieve

3

Sedazione profonda - Risvegliabile solo con stimoli intensi

4

Anestesia - non risvegliabile

**Se sedazione con un punteggio > 2, contattare l'anestesista di guardia**