

# Gestione del dolore nel Dipartimento di Emergenza

Anna Burattin, Maurizio Tonni, Mariapaola Poli

Pronto Soccorso PO Gardone Val Trompia, Azienda Spedali Civili, Brescia

## SINTESI

Da oltre 30 anni l'Associazione Internazionale per lo Studio del dolore ha definito il dolore come «una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tissutale reale o potenziale». Ancora oggi vi sono evidenti deficit nell'impiego di una adeguata analgesia soprattutto nell'ambito dell'emergenza-urgenza: il dolore è il sintomo più comune tra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso raggiungendo una prevalenza di oltre il 60%, ma dati di letteratura evidenziano come solo il 45% dei pazienti riceva una prescrizione analgesica per la dimissione. Da alcuni anni, sotto l'influenza dei cambiamenti legati agli standard di accreditamento, si sono generate anche nuove aspettative nei confronti degli operatori sanitari; se da un lato questo aspetto legato all'evoluzione della sanità pubblica è di stimolo all'evoluzione nell'aspetto pratico dell'attività clinica quotidiana, parimenti non dobbiamo dimenticare che i medici contraggono, con il giuramento di

Ippocrate, l'obbligo etico a trattare la sofferenza e il dolore; ciò è tanto più vero per i medici che si occupano dell'emergenza-urgenza. La qualità del servizio offerto nel trattamento del dolore in Pronto Soccorso non può prescindere dall'analisi della realtà locale, dalla definizione dei ruoli, dall'estrinsecazione delle potenzialità con l'obiettivo finale di fornire un servizio quanto più vicino possibile alle speranze dell'utente. Lo sforzo organizzativo deve essere indirizzato al raggiungimento di un livello qualitativo di eccellenza in cui il monitoraggio dell'attività svolta avviene attraverso la registrazione e la periodica rivalutazione dei dati da essa derivanti. Attraverso questo studio prospettico osservazionale intendiamo valutare l'effettiva prevalenza del sintomo dolore nel Pronto Soccorso e l'impatto dell'utilizzo delle differenti classi di analgesici stimando inoltre la latenza tra la presentazione del sintomo al triage fino a quantificare l'efficacia dell'analgesia praticata.

Sin dal 1973 si discute dell'inadeguata gestione e trattamento del dolore in ambito medico<sup>1</sup>; a oltre 30 anni di distanza vi sono ancora evidenti deficit nell'impiego di un'adeguata analgesia ed è palese soprattutto la tendenza marcata al sottoutilizzo di farmaci oppiacei<sup>2,3</sup>. In particolar modo, è importante considerare che il dolore è il sintomo di presentazione più comune per quanto concerne i pazienti che accedono al Pronto Soccorso<sup>4,5</sup>, potendo raggiungere una prevalenza di oltre il 60%, ed è il motivo dell'accesso in oltre il 50% dei pazienti<sup>6</sup>. Tale elevata prevalenza ha importanti implicazioni per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse ma soprattutto presenta risvolti relativamente alla necessità dell'istituzione di un'adeguata formazione medica in quanto, pur essendo il dolore la causa più frequente per cui i pazienti richiedono aiuto, spesso si assiste a un inadeguato trattamento<sup>7</sup>. Sovente, infatti, l'attenzione del sanitario è focalizzata al trattamento della patologia sottostante a scapito di una scarsa considerazione della sintomatologia dolorosa<sup>8</sup>; ciò deriva in gran parte dalla scarsità e inadeguatezza di mezzi di

valutazione e di gestione del dolore particolarmente nei pazienti geriatrici e pediatrici. Dato di non secondaria importanza è il tempo che intercorre tra la presentazione del sintomo in Pronto Soccorso e la somministrazione di analgesici, che mediamente è di circa 60 minuti<sup>9</sup>; un altro dato storico evidenzia come solo il 45% dei pazienti riceva una prescrizione analgesica per la dimissione<sup>10</sup> e il 33% dei pazienti venga dimesso con un'analgesia sub-ottimale<sup>11</sup>.

Inoltre è stata dimostrata una scarsa propensione all'utilizzo dei farmaci oppiacei<sup>5</sup>, legata a una scarsa conoscenza degli studi di *safety* dell'impiego di farmaci oppiacei rispetto ai farmaci antinfiammatori non steroidei, con conseguente scarso utilizzo dei primi. Da ciò deriva una tendenza all'inadeguata analgesia nel Dipartimento di Emergenza<sup>12</sup>.

## Scopo del lavoro

Gli scopi del nostro studio prospettico osservazionale sono:

- valutare la prevalenza del sintomo dolore nel Pronto Soccorso;
- valutare l'impatto dell'utilizzo di analgesici, suddiviso in tre grandi categorie (farmaci antinfiammatori non steroidei, tramadolo, oppiacei);
- stimare il tempo di latenza tra la presentazione del sintomo al *triage* e l'impiego di analgesia;
- stimare l'efficacia dell'analgesia praticata.

## Pazienti e metodi

Il nostro studio osservazionale si compone di due fasi; nella prima sono stati considerati tutti i pazienti che si sono presentati presso il Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia per un periodo di 7 giorni consecutivi; sono stati valutati i pazienti che al momento del *triage* hanno riferito tra i sintomi una componente dolorosa. Sono stati esclusi dalla valutazione i pazienti che per condizioni cliniche e/o emodinamiche richiedono trattamento rianimatorio urgente e i pazienti con deficit cognitivi tali da impedirne la collaborazione. Durante la fase di *triage* è stata redatta per ciascun paziente una scheda anonima comprendente i dati demografici del paziente, la sede del dolore e la valutazione qualitativa del dolore all'ingresso in Pronto Soccorso tramite una scala numerica da 1 a 19 (NRS). L'utilizzo di una scala numerica è stato dettato dalla rapidità di comprensione della stessa da parte dei pazienti e dalla facilità di somministrazione. Il dolore è stato classificato in tre diversi livelli di gravità crescente: lieve se il punteggio è compreso tra 1 e 3, moderato se compreso da 4 a 7 e severo se maggiore di 7.

Nella seconda fase dello studio è stato valutato, sempre per un periodo di 7 giorni, oltre alla fase di *triage*, anche l'utilizzo di farmaci analgesici. È stata osservata l'attività ambulatoriale considerando l'eventuale trattamento: se è stata somministrata una terapia antalgica, questa è stata riportata su una scheda anonima ove è stato altresì segnalato il tempo di latenza della somministrazione valutato tramite la tempistica registrata in via informatica al *triage*. In ogni caso, il paziente veniva rivalutato dopo un'ora per rilevare le variazioni della sintomatologia anche in caso di mancato trattamento.

## Risultati

Dall'analisi della prima settimana si può osservare come su 414 accessi presso il Pronto Soccorso di Gardone Val Trompia 158 pazienti abbiano presentato al momento del *triage* una sintomatologia dolorosa (38,16%). Di tali pazienti 84 sono maschi e 74 femmine, l'età media è di  $40,76 \pm 19,5$  anni; 139 pazienti sono di nazionalità italiana e 19 sono stranie-

ri. La sede del dolore è multipla nell'11,4% dei pazienti; interessa in 35 pazienti il capo, in 22 il torace, in 13 l'addome, in 82 gli arti e in 24 pazienti la colonna (Figura 1). I pazienti lamentano un dolore lieve in 43 dei casi, moderato in 92 e severo in 23 (Figura 2).

Durante la seconda settimana di raccolta dati il sintomo dolore è stato riferito da 175 pazienti (112 maschi, 63 femmine) di età media di  $36,86 \pm 20,6$  anni, di cui 147 italiani e 28 stranieri. La distribuzione della sede del dolore è riportata nella Figura 3. Il dolore è stato definito lieve nel 34,9%, moderato nel 52,5% e severo nel 12,6% dei casi.

Dall'elaborazione dei dati rilevati durante l'attività di Pronto Soccorso si è evidenziato come una qualunque forma di terapia analgesica sia stata praticata solo nel 32% dei casi, con una netta prevalenza dell'impiego di FANS. Si è riscontrata una spiccata tendenza a non trattare il dolore nel paziente che accede al Pronto Soccorso, qualora questo sia di intensità lieve-moderata: il 77,7% di tali pazienti infatti non ha ricevuto alcuna terapia antalgica. Tra i pazienti trattati farmacologicamente, alla maggior parte è stato somministrato un FANS (57,1%), nel 7,1% dei casi è stato utilizzato tramadolo, nel 3,5% dei pazienti è stato invece impiegato un oppiaceo; nel 5,3% è sta-

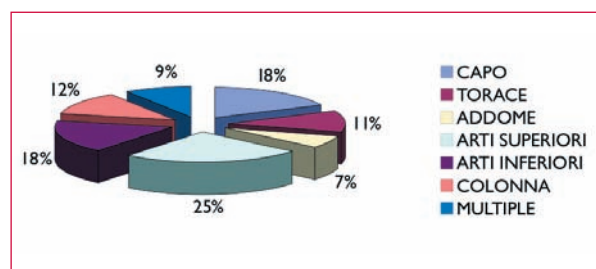


Fig. 1 - Sede del dolore rilevata nella prima settimana.

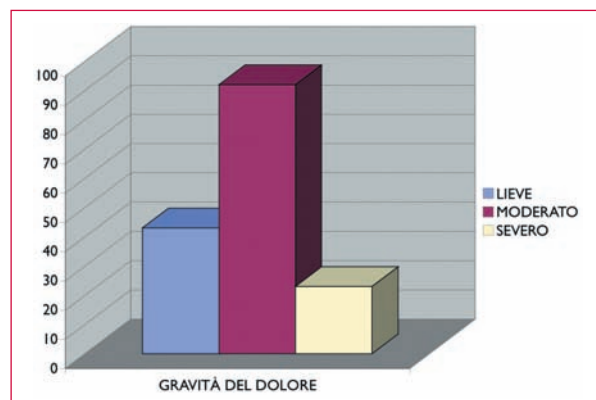


Fig. 2 - Entità del sintomo dolore all'accesso in Pronto Soccorso.

ta utilizzata una terapia combinata di più farmaci. Inoltre nel 33,9% sono stati impiegati altri farmaci, tra cui anestetici locali, miorilassanti, antiacidi, inibitori di pompa ecc. (Figura 4).

La terapia analgesica è stata praticata nel 42,8% dei casi entro 10 minuti, nel 39,4% dei casi entro 30 minuti, nel 3,6% dei casi tra i 30 e i 60 minuti e nel 14,2% dei casi entro un'ora (Figura 5). Atteggiamento completamente differente invece si è evidenziato nel caso di pazienti con dolore severo: in tutti i 22 casi è stata praticata una terapia analgesica: alla valutazione dopo un'ora nel 54,5% dei casi il dolore era stazionario, nel 36,3% dei casi ridotto, nel 9,2% dei casi assente.

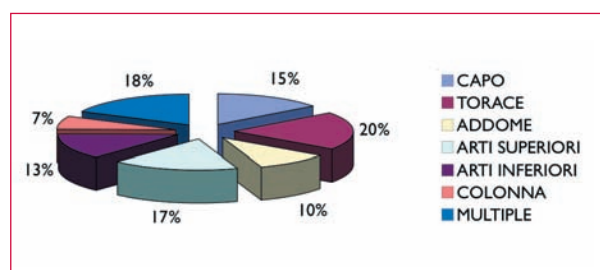


Fig. 3 - Sede del dolore rilevata nella seconda settimana.

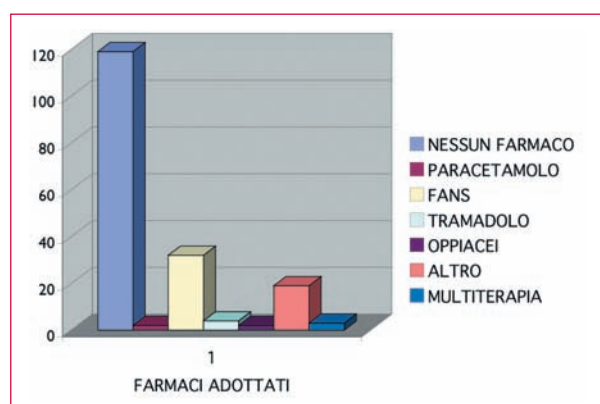


Fig. 4 - Terapia analgesica.

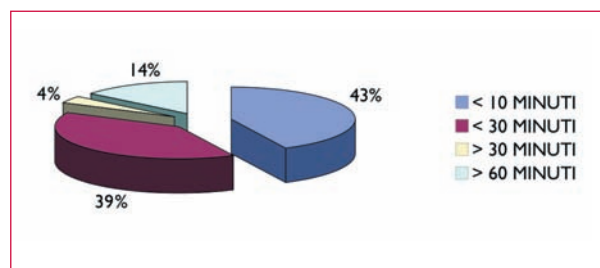


Fig. 5 - Intervallo temporale triage-analgesia.

## Discussione

I dati raccolti nel nostro studio confermano l'elevata prevalenza del sintomo dolore nell'ambito dell'emergenza-urgenza; anche presso la nostra struttura, la percentuale è significativamente inferiore a quella riportata nello studio di Johnston *et al.*<sup>4</sup>, rimanendo tuttavia elevata e superiore al 35%. Rispetto a tale studio, la nostra valutazione presenta però il criterio della consecutività del campionamento che consente una stima più accurata della prevalenza. A distanza di oltre 20 anni dalle prime valutazioni, si rileva come a tutt'oggi il dolore rivesta un'importanza fondamentale nella gestione del paziente che accede al Dipartimento di Emergenza-Urgenza, ancorché sia poco considerato; infatti, particolare attenzione è stata posta al trattamento del dolore in altre sedi, in particolare modo nel progetto "Ospedale senza dolore" relativamente al paziente oncologico. In tale ambito è stato redatto e adottato un *Manuale applicativo per la realizzazione dell'ospedale senza dolore* in seno al Progetto del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, in applicazione del paragrafo relativo alle cure palliative, la terapia del dolore e gli interventi assistenziali nella fase finale della vita; in esso si individua tra gli obiettivi prioritari la predisposizione di efficaci ed efficienti interventi per il controllo del dolore, che rappresenta uno dei sintomi principali e più disturbanti per la qualità di vita del malato e che in molte situazioni assume le caratteristiche di vera e propria malattia. In tale contesto la diffusione del controllo e del trattamento del dolore rappresenta un obiettivo ormai strategico nella programmazione sanitaria sia nazionale sia regionale che si adegua alla cultura del diritto a non soffrire.

Anche nell'ambito del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, e quindi in particolar modo nell'attività quotidiana del Pronto Soccorso, il trattamento antalgico deve essere basato sulla misurazione del dolore ed essere il frutto del processo di integrazione tra richieste dell'utente e giudizio clinico del medico, che tenga conto del contesto assistenziale, della valutazione soggettiva dell'utente e della sua tollerabilità del dolore. Dai dati rilevati dal nostro studio si evince che è tutt'ora inadeguata la sensibilizzazione degli operatori sanitari alla valutazione e al trattamento del dolore; viene infatti data priorità all'accertamento dell'etiologia sottostante al sintomo, piuttosto che al suo trattamento. Anche dal punto di vista dell'analgesia impiegata si osserva l'impiego prevalente di FANS a discapito delle altre classi farmacologiche, soprattutto degli oppiacei, il cui utilizzo nella nostra struttura è attualmente "di nicchia", riservato a condizioni gravissime, quali il dolore in corso di infarto miocardico acuto. Dall'analisi dei nostri dati si

evidenza ancora la necessità di una specifica preparazione dei medici del Pronto Soccorso nel management del dolore acuto; l'individuazione dell'elevata prevalenza di questo sintomo è il primo passo per il riconoscimento della necessità di implementare il *know how* in tale ambito.

## Conclusioni

La formazione degli operatori sanitari, sia medici sia infermieri, è un punto chiave per il trattamento del dolore e deve avere un carattere multidisciplinare e continuativo. I punti attraverso i quali sviluppare l'adeguata metodologia sono i seguenti:

- analisi della normativa nazionale;
- valutazione delle esperienze presso i vari Pronto Soccorso;
- discussione dei dati raccolti;
- costituzione di un gruppo di studio *ad hoc* per la formulazione di linee guida a valenza nazionale;
- elaborazione di un documento finale.

L'attivazione del processo formativo dovrebbe essere infatti preceduta da una fase preparatoria, con rilevazione della prevalenza del dolore nelle diverse strutture di Pronto Soccorso e dei bisogni formativi degli operatori, come richiamato dall'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome del 24 maggio 2001 (GU 29 giugno 2001). Gli obiettivi del percorso formativo dovranno com-

prendere l'approfondimento delle conoscenze neurofisiologiche di base del sintomo dolore e delle sindromi dolorose, il miglioramento della capacità di valutare l'intensità del sintomo dolore e la definizione di modalità del trattamento con l'ausilio di specifici protocolli.

## Bibliografia

1. Marks RM, Sachar EJ. Under treatment of medical inpatients with narcotic analgesic. *Ann Intern Med* 1973; 78: 173-181.
2. Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med* 1980; 302: 123.
3. Nourjah P. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1997 emergency department summary. *Adv data* 1998; 304: 1-24.
4. Johnston CC, Gargnon AJ, Fullerton L *et al.* One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med* 1998; 16(3): 377-382.
5. Tanabe P, Buschmann M. A perspective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *J Emerg Nurs* 1999; 25(3): 171-177.
6. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med* 2002; 20(3): 165-169.
7. Frankenstein RS. Assessment and management of pain. *JAMA* 2000; 284(18): 2317-18.
8. Wassermann U, Magora F, Ratner V. Pain of urogenital origin. *Pain Clinical Updates* 2000; 8(5): 1-4.
9. Lewis LM, Lasater LC, Brooks CB. Are emergency physicians too stingy with analgesic? *South Med J* 1994; 87: 7-9.
10. Selbst SM, Klark M. Analgesic use in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 1010-13.
11. Wilson JE, Pendleton JM. Oligoanalgesia in the emergency department. *AM J Emerg Med* 1989; 7: 620-623.
12. Rupp T, Delaney KA. Inadequate analgesia in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 2004; 43(4): 494-503.

## ABSTRACT

For over 30 years, the International Association for the Study of Pain has defined pain as «an unpleasant sensorial and emotional experience associated to real or potential tissue damage». Today, evident shortcomings still exist in the use of adequate analgesia, especially in the emergency medicine context: pain is the most common symptom amongst the Emergency Department patients (reaching a prevalence of over 60%), however, statistics reported in literature show that only 45% of patients receive analgesic prescriptions on discharge. In recent years, the influence of changes connected to accreditation standards has generated new expectations of healthcare professionals; although this aspect connected to the evolution of public health provides a stimulus to the evolution of the practical aspect of everyday clinical work, we must not forget that doctors take the Hippocratic oath, the ethical obligation

to treat suffering and pain, which is especially pertinent to doctors working in Emergency conditions. The quality of the service provided with regard to pain-relief in ED cannot exclude an analysis of the local situation, the definition of roles, the extrinsication of potential with the ultimate aim of providing a service as close as possible to user hopes. Organisational efforts must be directed at reaching excellent quality levels, in which the monitoring of the activities performed takes place through the registration and periodic re-evaluation of the deriving data. Through this observational, prospective study, we intend to evaluate the effective prevalence of the pain symptom in the Emergency Department and the impact of the use of different classes of analgesia, also estimating the latency between the onset of the symptom and triage in order to quantify the efficacy of the analgesia practiced.