

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015



PROTOCOLLO PCA



Brescia, 17 dicembre 2014

Dr. Roberto Slongo

Protocollo **A-PCA** ed **A1-PCA**



Trattamento del dolore **SEVERO**

La **MORFINA** rimane il
“gold standard” per la **IV-PCA**



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015



BO - TIPO - CR

NRS \leq 3

DOSE STARTER (DIPENDENTE DAL PESO DEL PAZIENTE):

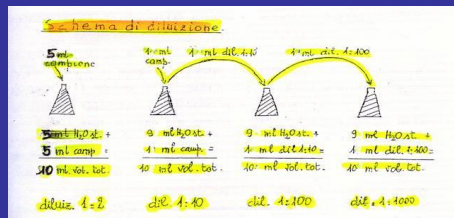
MORFINA 0,1 mg/Kg

RESCUE DOSE: BOLI RIPETUTI OGNI 15 MINUTI

MORFINA 1 – 2 mg

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

PCA



DILUIZIONE STANDARDIZZATA

(NON DIPENDENTE DAL PESO DEL PAZIENTE)

MORFINA 50 MG IN S.F. 100 ml

+

DROPERIDOLO 1,25 MG

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

IMPOSTAZIONE DELLA POMPA



BOLO 2 ml (1 mg morfina + 30 mcg droperidolo)

LOCKOUT – TIME 10 – 15 min.

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

APPROCCIO MULTIMODALE (“opioid sparing effect”, riduzione dei “pain score”, riduzione dell’incidenza di PONV)

A) PCA + KETOPROFENE 100 mg SF 100 x 2

fino a 72 ore

A1) PCA + PARACETAMOLO 1 g ogni 6 – 8 ore

fino a 72 ore

≠

PCA + INFUSIONE CONTINUA

(aumento del rischio di depressione respiratoria senza miglioramento dell’analgesia)



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

NEL TRAPIANTO DI RENE

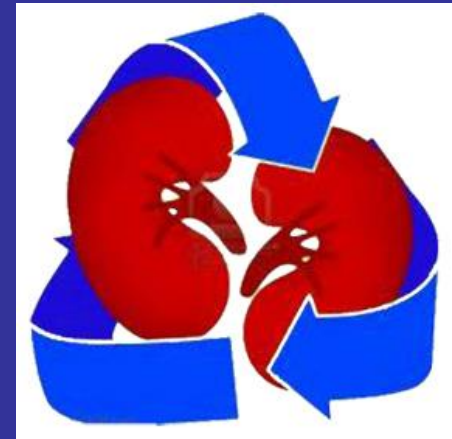
STESSA DILUIZIONE

LOCKOUT TIME 15 MINUTI

IMPOSTAZIONE POMPA:

BOLO 1 ml (0.5 mg morfina + 15 mcg droperidolo)

+ PARACETAMOLO 1 G OGNI 8 ORE



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

PERÓ....

SELEZIONE ED EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

PCA is not a “one size fits all” or “set it and forget it” intervention

For elderly patients with conditions that profoundly affect cognition or manual dexterity or in those with severely compromised renal or pulmonary function, safer alternatives may be available



TRAINING DEL PERSONALE



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

PCA: non solo morfina a boli...

RACCOLTA DATI

CONTROLLO DEL PAZIENTE

NUMERO BOLI RICHIESTI VS NUMERO BOLI EROGATI

IDENTIFICAZIONE DEGLI ERRORI

(what happened, why it happened and what is necessary to prevent similar incidents from happening in the future...)



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

L'incidenza di effetti collaterali correlati agli oppioidi (nausea e vomito, prurito ed orticaria, sedazione e confusione, depressione respiratoria, disforia ed euforia, effetti sull'apparato G-I ed Urinario) è la stessa sia per via IV-PCA che per la somministrazione intermittente di oppioidi analgesici

Fattori di rischio per l'insufficienza respiratoria associata PCA

- fattori di rischio associati al paziente ed alla patologia

età (anziani, bambini), obesità, sleep apnea, insufficienza respiratoria cronica

- fattori di rischio correlati alla tecnica



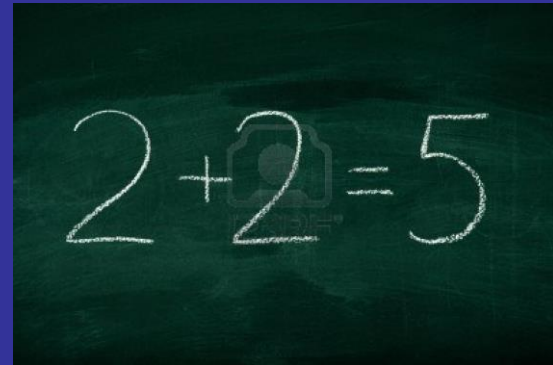
PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

ERRORI NELLA PCA

errori compiuti dal paziente

errori compiuti dagli operatori

- Programmazione
- Preparazione della sacca
- Impostazione del sistema di somministrazione (dose, LO time, dose massima)
- Boli accidentali al cambio della siringa
- Inadeguato monitoraggio (TA, FC, FR, SpO₂, livello di sedazione)
- Cattiva gestione della terapia non efficace
- Sottovalutazione del paziente difficile



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

PAZIENTE ANZIANO



Scala semantica semplice per la misura del dolore

Farmacocinetica e farmacodinamica

Dose efficace di oppioidi è ridotta da 1/3 a 2/3

PAZIENTE OBESO

Raccomandato l'utilizzo delle PCA (PCEA maggiori difficoltà e maggiore incidenza di complicanze)



PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

UTILIZZATORE CRONICO DI OPIOIDI

- Sottostima dei consumatori sulla popolazione generale
- Rapido sviluppo di tolleranza
- Previsione di utilizzo di oppiacei 3 – 4 volte superiore
- I CCO riferiscono maggior incidenza di dolore nel perioperatorio
- Comorbidità comportamentali
- Iperalgesia indotta dagli oppioidi anche scatenata da sindrome d'astinenza



Brescia, 17 dicembre 2014

Dr. Roberto Slongo

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

BIBLIOGRAFIA

- Jeffery A. Grass, MD, MMM
PCA
Anesth Analg 2005 ; 101: S44-S61
- Practice guidelines for Acute Pain management in the Perioperative Setting
An Uptadet Report by the american Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management
Anesthesiology, V 116 – n.2

James E. Paul, MD M.Sc, et al.
Hamilton Acute Pain Service Safety Study
Using Root Cause Analysis to Reduce the Incidence of Adverse Events
Anesthesiology, 2014; 120: 97-109

- Donna M. Lisi, PharmD, BCPS, BCPP
Patient-Controlled Analgesia and the older patients
US Pharm. 2013;38(3):HS2-HS6
- SIAARTI recommendations for the treatment of postoperative pain

Brescia, 17 dicembre 2014



Dr. Roberto Slongo

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

Anche da solo potrà **distrarre la mente dal dolore**, con tecniche di rilassamento, ascoltando musica o pensando cose piacevoli.

UNIVERSITA' degli STUDI DI BRESCIA
Cattedra di Anestesia e Rianimazione
Sped. in Ab. di Bol. - Azienda Ospedaliera
Il Servizio di Anestesia e Rianimazione medicina per operatori
Direttore: Prof. Nicola La tonaio
Terapia Intensiva Post Operatoria
Responsabile: Dr. Sergio Zappa

ACUTE PAIN SERVICE APS

Il trattamento del dolore post operatorio

Dolore postoperatorio



NO grazie !!



LA PERSONA E LA SUA SOGGETTIVITA' FULCRO DELLA TERAPIA DEL DOLORE



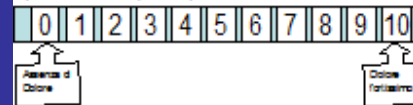
Patient Controlled Analgesia

Sapere cosa L'aspetta dopo l'intervento chirurgico L'aiuterà a mantenere l'autocontrollo.



E' utile per noi conoscere **quanto è forte** il Suo dolore. Per valutare l'efficacia del trattamento impostato

Utilizziamo una semplice scala, che va da 0 (nessun dolore) a 10 (il massimo dolore)



Avrà a disposizione una **pompa** per l'infusione del farmaco antidolorifico. La somministrazione del farmaco avverrà **schiacciando un pulsante**. Sarà Lei stesso ad **autosomministrarsi** la dose di farmaco necessaria.

Tecnica P.C.A. Patient Controlled Analgesia

Ovvero Analgisia Controllata dal Paziente:

Consiste nel somministrare un farmaco analgesico per via endovenosa, utilizzando un catetere già posizionato per l'intervento chirurgico. Quando Lei comincerà ad avvertire dolore, potrà premere l'apposito pulsante che permette l'erogazione di una quantità di farmaco analgesico, già predeterminata da parte dell'anestesista.



Un buon trattamento del dolore con il metodo **P.C.A.** permette una rapida somministrazione dell'analgesico, **senza** aspettare che intervenga un sanitario.

La somministrazione di farmaco solo al bisogno (il **SUO** bisogno) ci permette di utilizzarne solo la quantità necessaria, riducendo al minimo gli effetti collaterali.

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015

CONCLUSIONI

Nel post-operatorio, se si è scelta la via e.v., si deve optare per la somministrazione di Morfina mediante PCA senza infusione basale, che garantisce ai pazienti adeguatamente scelti buona efficacia, buon grado di soddisfazione, scarsa sedazione e bassa incidenza di complicanze.



Brescia, 17 dicembre 2014

Dr. Roberto Slongo

PROTOCOLLO DEL DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO 2015



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Brescia, 17 dicembre 2014

Dr. Roberto Slongo