

#### IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO: STUDIO QUALI-QUANTITATIVO SU VALUTAZIONE, GESTIONE E CONOSCENZE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

# La dimensione del problema

#### **OLIGOANALGESIA**



mancato o inadeguato controllo del dolore

Vasto studio recentemente svoltosi in Francia tra 50 dipartimenti di emergenza:

- ✓ ancora troppo pochi i pazienti che ricevono trattamenti per il dolore
- ✓ lunghi tempi d'attesa
- √ molto basso l'utilizzo di oppioidi
- ✓ inadeguato follow-up efficacia trattamento



#### INADEGUATE CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI

Studio di Tanabe e Bushmann del 2000 su conoscenze e atteggiamenti degli infermieri riguardo la gestione del dolore in PS e individuazione delle barriere percepite.

Punteggio mediamente più basso Farmacologia, conoscenza termini "dipendenza —tolleranza — dipendenza fisica"

Punteggio mediamente più alto Conoscenze su tecniche di valutazione del dolore e interventi appropriati in PS

Barriere al trattamento

attesa diagnosi, valutazione inadeguata, responsabilità per altri pazienti, inadeguate conoscenze, mancanza tempo.

## La ricerca

## STUDIO SU CONOSCENZE E BARRIERE ALTRATTAMENTO DEL DOLORE IN PS

Sono stati reclutati i pronto soccorso di Careggi (DEA) e il PS Ortopedico del CTO

- **Due quesiti di ricerca:** 1. conoscenze, atteggiamenti degli infermieri e ostacoli percepiti al trattamento
  - 2. gestione e valutazione del sintomo dolore da parte degli infermieri

#### Materiali e Metodi:

- P Questionario "Conoscenze degli Infermieri del Dipartimento di Emergenza sulla Valutazione del Dolore e sulle Strategie di Intervento" tradotto dalla versione di Tanabe e Buschmann e distribuito a tutto il personale infermieristico.
- Analisi retrospettiva e totalmente anonima della documentazione medicoinfermieristica (First Aid®) di pazienti assistiti presso i due PS in alcuni giorni estratti a caso (ultimo trimestre 2015).

#### **QUESTIONARIO**

♣ Tasso di risposta al questionario: 68,42% ⇒ DEA 59,57% PS – CTO 82,72%

Non sono emerse differenze tra i due gruppi per sesso, età o pregressa frequenza di corsi sulla gestione del dolore.

Tasso medio di risposte mancanti del 5%. In 3 domande è stato registrato un numero di mancate risposte più alto, soprattutto nel gruppo del PS – CTO poiché indagavano l'utilizzo della meperidina, farmaco analgesico non utilizzato in ortopedia.

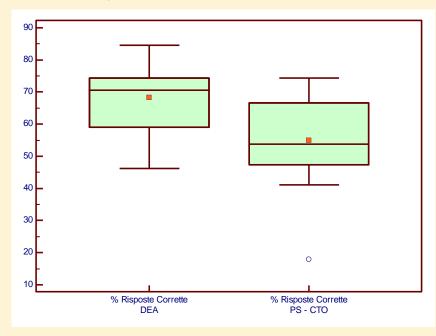
♣ Percentuale di risposte esatte: 62,08%

Variabile	Media	IC 95%
N° domande corrette	24,21	22,75 – 25,67
% domande corrette	62,08%	58,33 – 65,82

Confrontando numero e percentuale di risposte corrette tra i due PS  $\rightarrow$  differenza statisticamente significativa (P = 0,0002 con T – Test)

DEA risposte corrette: **68,22%** 

PS - CTO risposte corrette: **54,91%** 



Dall'analisi delle risposte al questionario emerge che:

Punteggi più bassi

 $\Rightarrow$ 

√conoscenza dei termini

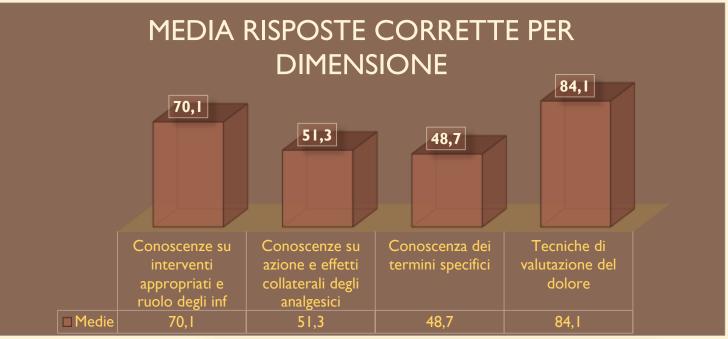
✓aspetti farmacologici

Punteggi più alti

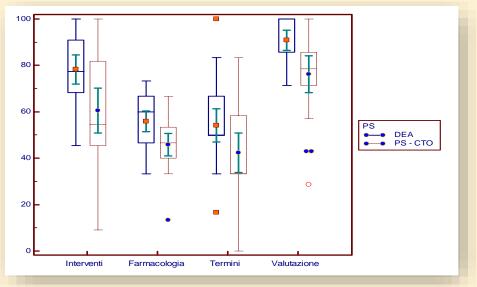


√tecniche di valutazione del dolore

√interventi e ruolo dell'infermiere di PS



Analisi statistica del risultato valutata separatamente per PS





Analisi delle barriere al trattamento del dolore, nei 2 reparti studiati:

- ✓ mancanza di tempo
- ✓ responsabilità di prendersi cura di altri pazienti
- ✓ non possedere conoscenze adeguate
- √ non valutare adeguatamente il dolore



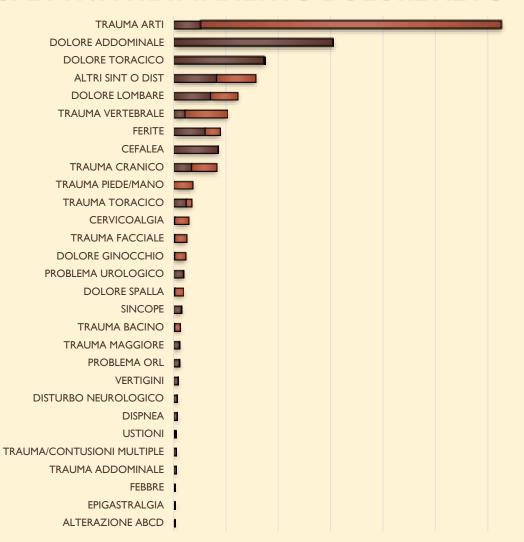
Spunto di riflessione:

gli infermieri sanno bene cosa è giusto fare, ma non lo mettono in pratica?

#### ANALISI RETROSPETTIVA TRATTAMENTO DOLORE AL PS

> Analizzati | 00 | pazienti

- √Trauma arti
- **✓ Dolore addominale**
- **✓ Dolore toracico**



100

■DEA ■PS - CTO

0

50

150

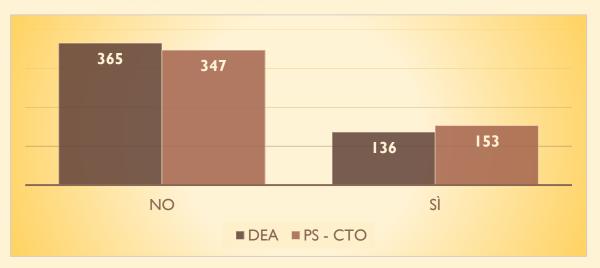
200

250

350

300

Valutazione dolore al triage nel **28,9%** dei casi. No differenze statisticamente significative tra i 2 PS.



Pazienti senza alcuna menzione intensità dolore > 567

Indicatori d'urgenza -> guida per l'attribuzione del codice di priorità.

Non valutazione del dolore attendibile poiché non espressi dal paziente ma

dedotti dall'infermiere.

Solo in **29** casi compare la segnalazione come indicatore d'urgenza che la valutazione al triage.

Dolore come indicatore di urgenza		Valutazione l	Dolore al Tria	age
	NO	SÌ		
NO	567	16	60	727 (72,6%)
Sì	145	12	29	<b>274</b> (27,4%)
Totale	712	28	39	1001
	(71,1%)	(2	8,9%)	

> Poche le rivalutazioni dell'intensità del dolore

Solo nel 19% dei casi dei pazienti già valutati al triage

Dove c'è rivalutazione → dimostrazione della presa in carico del paziente e l'efficacia dei trattamenti come visibile dal grafico

►lmpossibilità di recuperare il dato sul trattamento del dolore al PS - CTO per utilizzo di metodi cartacei

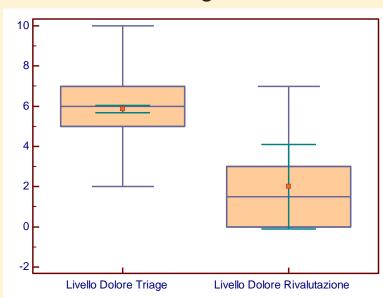
>La registrazione dei trattamenti

prescritti al DEA è avvenuta nel 38%

dei casi

Per ben 129 trattamenti non è disponibile alcun dato sull'efficacia

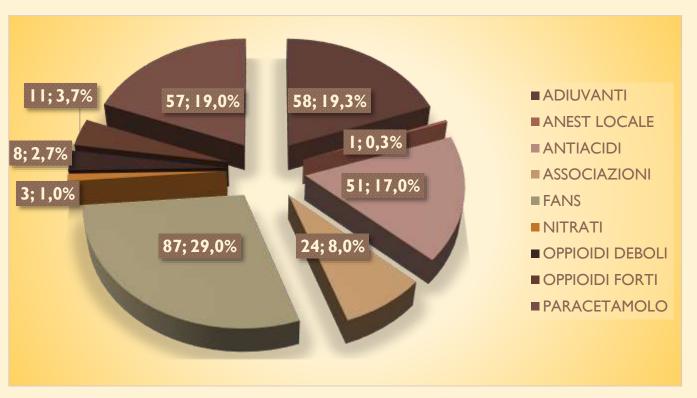




Rivalutazione dolore

Registrazione	NO	SÌ	
interventi			
NO	269	34	303 (61,6%)
SÌ	129	60	189 (38,4%)
	398	94	492
	(80,9%)	(19,1%)	

#### TRATTAMENTI ANTALGICI IMPIEGATI



- > FANS e paracetamolo costituiscono insieme il 38% delle prescrizioni
- > positivo il dato sui **farmaci adiuvanti** che indica maggiore sensibilità verso l'analgesia multimodale
- > ancora molto basso il ricorso agli **oppioidi** sia forti che deboli che insieme non arrivano al 6%
- In atto (ad es. ghiaccio o posizionamento), sebbene certamente sia presente un bias da reporting.

## Conclusioni

- Risultati sovrapponibili a quanto emerso da precedenti studi Emergono alcuni aspetti da migliorare:
- I. conoscenze degli infermieri soprattutto farmacologiche

**FORMAZIONE DEL PERSONALE** a partire dal percorso universitario per proseguire con programmi di aggiornamento continuo per gli infermieri già inseriti



- 2. le **valutazioni** del livello di dolore → nessuna menzione del dolore in 567 casi su 1001 analizzati
- 3. Poca **fiducia nel self report del paziente** → I infermiere su 3 non sa o non
  ritiene che la valutazione del dolore effettuata dal
  paziente sia l'indicatore più affidabile dell'intensità
  del suo dolore



#### RISCHIO SOTTOSTIMA

4

valutare un dolore altrui secondo in nostro personale giudizio

Limiti:

- Questionario: consultazioni e suggerimenti tra infermieri
- Analisi retrospettiva: perdita delle valutazioni "verbali"

#### **LEGGE DEL 15 MARZO 2010 N°38: OBBLIGO**

per tutti gli operatori sanitari di riportare nella cartella clinica **L'INTENSITÀ DEL DOLORE** 





# "L'unico dolore sopportabile è quello degli altri."

John Bonica