

PROTOCOL MEDICAL
DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT
Managementul durerii în SCJUPBT

COD PM-ATI-048

Ediția II

Aprob

Revizuit Dr. Papa Razvan, Dr. Baloi Adelina, Dr. Bobotanu Giorciana, Dr. Ignat Teodora, Dr. Dumbuleu Corin

Sef secție ATI Conf. Univ. Dr. Bedreag Ovidiu

Farmacist clinician: Dr. Semenescu Alexandra

Prezentul protocol a fost avizat în cadrul ședinței Consiliului medical din data de 13-06-2024 (P.V. nr. 25-P65).



Cuprins

1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului	3
2. Scopul protocolului	3
3. Domeniul de aplicare al procedurii operaționale	3
4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale	4
4.1. Reglementări internaționale	4
4.2. Reglementări naționale	4
5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizati în procedura operațională	5
5.1. Definiții ale termenilor	5
5.2. Abrevieri ale termenilor	7
6. Descrierea protocolului	8
6.1 Date generale	8
6.2 Diagnosticul clinic	9
6.3 Tratament	13
7. Resurse necesare	23
8. Condiții de abatere de la protocol	24
9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori	24
10. Responsabilități și răspunderi în detularea activității	24
Anexa 1. PM-ATI-048.01 Scala numerică de evaluare a durerii (NRS) + scala analog vizuală (VAS) ziua 0 post-operator	26
Anexa 2. PM-ATI-048.02 Scala numerică de evaluare a durerii (NRS) + scala analog vizuală (VAS) *incepând cu ziua 1 post-operator	27
Anexa 3. PM-ATI-048.03 Scara de analgezie OMS	28
Anexa 4. PM-ATI-048.04 Protocol titrare MORFINA	29



1. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor protocolului

Ediția sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei/ediției
1	2	3	4
Ediția II	Tratament	Actualizarea informațiilor conform ghidurilor	17.06.2024

2. Scopul protocolului

- Scopul principal al protocolului îl reprezintă identificarea și cuantificarea durerii experimentate de pacient prin mijloace standardizate și evitarea riscului erorilor de diagnostic și / sau tratament. Totodata, se dorește imbunătățirea cost-eficienței tratamentului analgesic aplicând recomandările societăților Internationale.

Implementarea PM

- Asigură reducerea variabilității de practică
- Permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și / sau aptitudinilor medicale de diagnostic și tratament, la nivelul standardului de îngrijire propus în diagnosticul și tratamentul durerii acute și cronice.
- Asigură o bază rațională pentru transferuri între clinici de niveluri diferite.
- Îmbunătățește cost-eficiența și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale.
- Asigură crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor și riscurilor actelor medicale.
- Oferă standarde auditabile.
- Se recomanda revizuirea protocolului în termen de 6 luni.
- Se recomanda organizarea la nivel de spital (prin ROF) a unei Comisii de Luptă Impotriva Durerii (CLID) pentru redactarea și revizuirea protoocoalelor pe tematica specifică. Acesta ar trebui să includă medici anestezisti, neurologi, neurochirurgi și oncologi cat și personal sanitar cu experiență implicat în tratamentul durerii acute și cronice
- Reduce semnificativ risurile asociate procesului diagnosticului și tratamentului durerii acute și cronice:
 - Escaladarea, permanentizarea, recurența durerii.
 - Apariția de tulburări psihice.
 - Agravararea stării de sănătate a pacientului.
 - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

3. Domeniul de aplicare al procedurii operaționale

Protocolul se aplică tuturor pacienților cu:

- durere acuta postoperatorie
- durere acuta de cauza non-chirurgicală

 SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRÂNZEU" TIMIȘOARA ATI	PROTOCOL MEDICAL Managementul durerii PM-ATI-048	Ediția II Revizia 0
		Pag. 4 din 29

- durere cronică acutizată
- durerea la pacientul oncologic

- 1.1. Nivel de aplicare - asistență medicală de urgență (UPU/camera de gardă)
- 1.2. Nivel de aplicare - asistență medicală de ambulatoriu
- 1.3. Nivel de aplicare - asistenta medicala spitalica

4. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurale

4.1. Reglementări internaționale

1. World Health Organisation (WHO) : Analgezia ladder
2. Pain Assessment and Management Initiative (PAMI)
3. Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council (2016);
4. The 2014 Guidelines for Post-operative Pain Management;
5. NICE. (2020). *Perioperative care in adults* www.nice.org.uk/guidance/ng180
6. *Better Postoperative Pain Management - ESRA.* (2019, February 20). ESRA. <https://esraeurope.org/prospect/>
7. 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 (2004);
8. www.iasp-pain.org [International Association for the Study of Pain];
9. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R et al. The Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2002; 23: 239–255;
10. Mercadante S, Radbruch L, Caraceni A et al. Episodic (breakthrough) pain. Consensus Conference of an expert working group of the European Association for Palliative Care. Cancer 2002; 94: 832–839;
11. Fallon M, Hanks G, Cherny N. Principles of Control of Cancer Pain. BMJ 2006; 332: 1022–1024;
12. Cherny NI. How to deal with difficult pain problems. Ann Oncol 2005; 16 (Suppl 2): ii 79–87;
13. Wool MS, Mor V. A multidimensional model for understanding cancer pain. Cancer Invest 2005; 23: 727–734;
14. Quigley C. The role of opioids in cancer pain. BMJ 2005; 331: 825–829;
15. Cherny NI. The pharmacologic management of cancer pain. Oncology 2004; 18:1499–1515 discussion 1516, 1520–1, 1522, 1524;
16. Luger NM, Mach DB, Sevcik MA, Mantyh PW. Bone cancer pain: from model to mechanism to therapy. J Pain Symptom Manage 2005; 29 (5 Suppl): S32–S46.
17. Sirinavasa NR et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. Pain 2020

4.2. Reglementări naționale

1. Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate;



2. OMS nr.446/2018, privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologici de evaluare și acreditare a spitalelor;
3. OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;
4. Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celor de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare prevăzute în specă cerința: "02.02.02.03 - Managementul durerii acute sau cronice începe din etapa evaluării inițiale" care subscrive indicatorii:
 - a. "02.02.02.03.01 - La nivelul spitalului este reglementată modalitatea de evaluare a durerii pe bază de scoruri" – aferent L.V. 22 - Managementul medical la nivel de secție (atribuțiile șefului de secție); L.V. 33 - Managementul urgențelor medico-chirurgicale în UPU/CPU; L.V. 63 - Managementul ambulatoriului;
 - b. "02.02.02.03.02 - Spitalul are elaborate protocoale pentru terapia durerii" – aferent L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical);
 - c. "02.02.02.03.03 - Farmacistul clinician este implicat în elaborarea protocoalelor pentru terapia durerii" – aferent L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical);
5. Asociația Română pentru Studiul Durerii și Societatea Română de Anestezie și Terapie Intensivă (SRATI) : Ghid durere postoperatorie
6. Anestezie clinică, Iurie Acalovschi

5. Definiții și abrevieri ale termenilor utilizați în procedura operațională

5.1. Definiții ale termenilor

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Protocol medical	un set de reguli care trebuie respectate de personalul medical în stabilirea diagnosticului și/sau stabilirea tratamentului unui pacient cu suspecție de anumită afecțiune
2.	Pacient	orice persoană care îndeplinește cel puțin unul dintre următoarele criterii: <ol style="list-style-type: none"> a. Persoana care are o plângere sau un mecanism sugestiv pentru o boală sau un vătămare potențială, b. Persoana care prezintă aspecte evidente de boală sau de vătămare sau c. Persoana identificată de către un apelant informat care solicită evaluarea pentru boală sau răni potențială.
3.	Pacient critic	pacientul cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile și care necesită intervenție medicală de urgență sau îngrijiri într-o secție de terapie intensivă generală sau specializată;
4.	Asistență medicală de urgență	ansamblul de măsuri diagnostice și terapeutice întreprinse de către personal medical calificat. Ea poate fi acordată la diferite niveluri de către medici și asistenți medicali cu diferite grade de pregătire;



5	Urgență medicală	accidentarea sau îmbolnăvirea acută, care necesită acordarea primului ajutor calificat și/sau a asistenței medicale de urgență, la unul sau mai multe niveluri de competență, după caz. Ea poate fi urgență cu pericol vital, unde este necesară/sunt necesare una sau mai multe resurse de intervenție în faza prespitalicească, continuând îngrijirile într-un spital local, județean ori regional, sau urgență fără pericol vital, unde îngrijirile pot fi efectuate, după caz, sau fără utilizarea unor resurse prespitalicești, la un centru ori cabinet medical autorizat sau, după caz, la un spital;
6	Administrare enterală	Administrarea medicației oral, rectal, folosind o sondă nazogastrică, orogastrică, gastrostomă, jejunostomă
7	Administrare parenterală	Administrarea medicației intravenos, intramuscular, subcutanat, intratecal, epidural, transdermic, intra-nazal, intra-articular, intraosos, intra-peritoneal
8	Analgezie multimodala	Utilizarea concomitentă a unor intervenții terapeutice cu diferite mecanisme de acțiune la nivelul sistemului nervos central și/sau periferic (acestea pot fi medicamente sau tehnici nonfarmacologice) care vizează mecanisme diferite ale durerii
9	Analgezie preemptivă	Presupune inițierea unui tratament înaintea procedurii chirurgicale, acesta fiind operațional în timpul procedurii, cu scopul de a reduce consecințele fiziologice ale transmisiei nociceptive provocate de injuria chirurgicală. Datorită acestui efect "protector" asupra căilor nociceptive, analgezia preemptivă poate fi mai eficientă decât un tratament analgezic similar inițiat după operație. În consecință, durerea postoperatorie imediată poate fi redusă iar apariția durerii cronice poate fi prevenită
10	Analgezie uni-modală	Intervenția terapeutică unică la nivelul unui mecanism specific al durerii
11	Coanalgezice	Medicamente care nu sunt analgezice, dar care administrate împreună cu acestea le potențează efectul
12	Durere acută	De obicei are un debut brusc și o cauză evidentă (ex: postoperator); durata este de regulă sub 6 luni dispărând complet odată cu vindecarea injuriei cauzatoare
13	Durere cronică	Durere apărută în urma unui eveniment declanșator (intervenție chirurgicală, traumatism) care se extinde dincolo de perioada preconizată de vindecare ³ (unii autori stabilesc o limită de 6 luni după evenimentul declanșator); factori de risc: un handicap fizic, obezitatea, durata lungă a intervenției, tehnică chirurgicală, tipul de implant
14	Durere postoperatorie persistență	Durere care durează mai mult de 3 luni după o intervenție chirurgicală (sau traumatism)
15	Numerical rating scale	Scală de evaluare a curenții care folosește numere de la 0 la 10 pentru a descrie intensitatea acesteia; utilizarea corectă se face folosind formularea: ce notă primește durerea dvs dacă 0 înseamnă fără durere iar 10 cea mai mare durere pe care v-o puteți imagina?



16	Pacient opioid-naiv	Un pacient care NU primește tratament cronic cu opioid (ex: pentru durere cronică neoplazică); se va acorda atenție sporită consumatorilor de droguri (ex: heroină)
17	Visual analog scale	O scăala grafică (detaliile grafice pot fi diferite: de la o simplă linie dreaptă cu lungimea de 10 cm până la un termometru color) pe care pacientul își poate indica nivelul durerii. La extremitate se găsesc mențiunile: <i>fără durere și cea mai mare durere imaginabilă</i>

5.2. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	TI	Terapie intensiva
2	SVA	Scala vizuala analogica
3	FR	Frecvența respiratorie
4	AV	Alura ventriculara
5	TA	Tensiune arteriala
6	SVA	Scala vizual-analogica
7	IV	Intra venos
8	SC	Sub cutanat
9	IM	Intra muscular
10	PEV	Perfuzie endovenoasa
11	SA	Seringa automata
12	TCI	Target controlled infusion
13	PCA	Patient-controlled analgesia
14	PCEA	Patient-controlled epidural analgesia
15	VAS	Scala analog vizuală
16	Tas	Tensiunc arteriala sistolica
17	SF	Ser fiziologic
18	PONV	Post-Operative Nausea and Vomiting (Greață și vărsături postoperator)
19	PO	Per os (administrare orală)
20	NRS	Scală numerică de evaluare a durerii
21	MAP	Tensiune arteriala medie
22	IOT	Intubatie oro-traheala
23	G5%	Glucoza 5%
24	FSZ	Foaie spitalizare zilnica
25	FOCG	Foaie de observație clinică generală
26	AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
27	AS	Anestezie spinală
28	BPOC	Bronhopneumopatie cronică obstructivă
29	ATI	Anestezie Terapeutică Intensivă
30	AG	Anestezie generală
31	IT	Administrare Intratecală
32	EPI	Administrare Epidurală
33	IMAO	Inhibitori de Monoaminooxidază
34	ISRS	Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei



6. Descrierea protocolului

6.1 Date generale

Definiția durerii: este o experiență senzorială și emotională neplacută asociată cu distrucție tisulară sau potențială distrucție tisulară sau descrisa în acești termeni de către subiect (Cf. Definiției IASP – Pain 2020).

Durerea este distință de nocicepție – posibila la pacientii cu stare de consciență alterată pentru care însă există reacție vegetativă și de suferință emotională – pacienți cu suferință psihologică (sau sevraj).

Conform definițiilor IASP:

Durerea acută este durerea direct legată de un proces patologic activ. Este domeniul principal de aplicare al prezentului protocol.

Durerea acută postoperatorie se definește ca durere prezentă la un pacient chirurgical datorată unei afecțiuni preexistente, procedurii chirurgicale, sau asocierii acestora. Durerea acută postoperatorie este tematica principală a acestui protocol deși protocolul are o acoperire generală, incluzând și notiuni privitoare la managementul durerii acute non-chirurgicale, durerii cronice acutizate, durerea neuropată acută sau cronică și cea a pacientului oncologic.

Mai mult de 80% dintre pacienții supuși unei proceduri chirurgicale suferă de durere acută postoperatorie. Aproximativ 75% dintre aceștia raportează durere moderată, severă sau extremă.

Controlul inadecvat / ineficient al durerii poate avea consecințe negative pentru pacienți: apariția durerii cronice, imunosupresia, vindecarea deficitară a plăgii chirurgicale și activarea adrenergică cu consecințele acesteia (incidente coronariene sau afectarea tranzitului gastro-intestinal până la ileus). Durerea controlată necorespunzător afectează în mod negativ calitatea vieții și recuperarea funcțională, crescând riscul apariției durerii postoperatorii persistente, în timp ce mobilizarea deficitară / tardivă poate duce la tromboză și embolie.

Asigurarea unei analgezii de bună calitate în perioada postoperatorie este o premisă obligatorie a unui act medical de calitate, adaptat nevoilor și așteptărilor pacientului. În același timp analgezia post operatorie poate avea efecte adverse și complicații ce pot întarzi recuperarea postoperatorie a pacientului (tulburări de tranzit, inapetenta, somnolenta, tulburări respiratorii).

Durerea cronică este durerea care persistă cincălă de limitele normale de evoluție ale procesului patologic sau este în relație cu un proces patologic cronic.

Durerea neuropată este durerea legată de o leziune a sistemului nervos somatosenzorial prin activarea patologică a mecanismelor de stimulare sau perturbarea mecanismelor inhibitorii, se poate manifesta sub forma acută sau cronică.

Durerea oncologică este o durere mixtă prin exces de nocicepție manifestă la pacienții cu boala oncologică în relație directă cu procesul patologic tumorălor.



Durerea refractara nu este definita prin consens international. In contextul acestui protocol este durerea rezistenta la mijloacele uzuale de tratament. In cazul durerii acute aceasta trebuie sa includa si opioide de nivel III in doze rezonabile iar in cazul durerii neuropate acesta trebuie sa includa cel putin doua clase de tratamente specifice de tratament al durerii neuropatice in doze suficiente (anticipileptice/antidepresive).

Primul pas in tratarea durerii postoperatorii este evaluarea ei. Se recomandă folosirea scalei vizuale analoge (VAS) impreuna cu scala numerica simpla (NRS) existind o bună corelație între cele două.

Evaluarea sistematică a durerii este obligatorie pentru un control eficient al acesteia. Se recomandă ca instrumentul de monitorizare ales să țină cont de faptul că durerea este o experiență subiectivă, extrem de individualizată, ceea ce impune un plan de analgezie individualizat, care să țină cont de tipul de durere, de factorii cognitivi, culturali și emoționali ai fiecărui pacient în parte.

6.2 Diagnosticul clinic

În cadrul evaluării se va efectua o anamneză țintită, rapidă și eficientă, de către medicul curant, care trebuie înregistrată de acesta în FOCG/FSZ și care are scopul clarificării urmatoarelor aspecte:

- Suferă pacientul de durere cronică?
- Primește tratament cronic cu analgetice puternice (ex: opioide)?
- Este consumator de droguri (ex: heroină, cocaina)?
- Suferă de o boala psihiatrică (ex: tulburare anxioasă, depresivă, psihotică)?
- Dacă există cel puțin un răspuns pozitiv pacientul necesită management complex. Se vor solicita consulturi interdisciplinare.
- Toate informațiile din anamneză vor fi notate de către medicul curant în FOCG/FSZ

Asistentul medical de salon, la internare, în cadrul evaluării primare, interoghează pacientul cu privire la prezența sau absența durerii. Informațiile obținute în cadrul anamnezei primare se vor înregistra în tabelele din cadrul secțiunii "Localizare/Iradiere" din "Fișa de evaluare a durerii" din "Planul de îngrijire". Pe parcursul internării asistentul medical de salon evaluară durerea pacientului, iar scorul obținut este comunicat medicului în vederea administrării terapiei adecvate.

Măsurarea intensității durerii se face atât de medicul curant cât și de asistenții medicali ce au pacientul în îngrijire, utilizând:

- SCALĂ NUMERICĂ DE EVALUARE A DURERII (NRS) – pacienți constienți/cooperanți (anexa 1 și 2)
- SCALA ANALOG VIZUALĂ (VAS) – pacienți constienți/cooperanți (anexa 1 și 2)
- SCALA FETELOR LUI WONG-BAKER – pacienți constienți/necooperanți
- SCALA FLACC – pacienți comatosi/necooperanți
- SCORUL DN4 (Bouassira et al. 2005) – pacienți cu durere neuropată



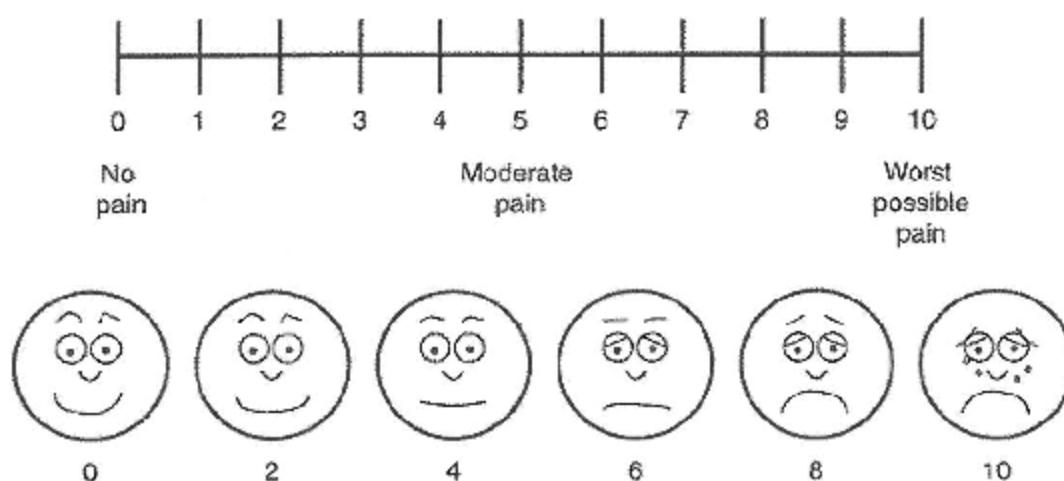
SCALĂ NUMERICĂ DE EVALUARE A DURERII (NRS) se utilizează astfel: pacientul cuantifică intensitatea durerii pe care o resimte pe o scară de la 0 la 10, în care 0 reprezintă absența durerii, iar 10 reprezintă cea mai cumplită durere pe care și-o poate imagina pacientul.

SCALA ANALOG VIZUALĂ (VAS) se utilizează astfel: pacientul plasează un cursor pe o linie care are la capătul stâng marcată absența durerii, iar la capătul drept cea mai cumplită durere imaginabilă, în funcție de cât de intensă este resimțita durerea sa. Versoul scalei este marcat de la 0 la 10 (0 reprezentând lipsa durerii, iar 10 cea mai intensă durere), putându-se astfel cuantifica intensitatea durerii raportată de pacient.

Scala analog vizuală (VAS) poate permite clasificarea durerii astfel:

- Durere ușoară - VAS < 4
- Durere moderată - VAS 4 – 6
- Durere severă - VAS > 7

Pain Scales Combined: NRS + FACES



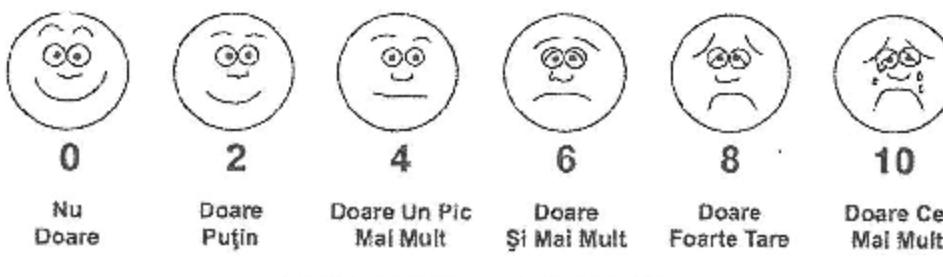


În funcție de intensitatea durerii cotația este următoarea:

SCOR	SIMPTOMATOLOGIE	CONDUȚĂ TERAPEUTICĂ
0	Fără durere	Nu necesită terapie
1	Iritare minoră, ocazional accese minore dureroase	Medicație la nevoie
2	Iritare – ocazional accese puternice dureroase	Medicație la nevoie
3	Iritare suficientă căt să atragă atenția	Medicație la nevoie
4	Durerile pot fi ignorate dacă pacientul este implicat într-o activitate, dar continuă să distragă atenția	Analgezice de intensitate moderată
5	Durera nu poate fi ignorată mai mult de 30 de minute	Analgezice de intensitate moderată
6	Durera nu poate fi deloc ignorată, dar se pot continua munca sau activitățile sociale	Analgezice puternice
7	Capacitate dificilă de concentrare, durerea interferează cu somnul. Munca este continuată cu efort.	Analgezice puternice
8	Activitate fizică sever limitată. Citire și conversație cu efort	Analgezice puternice
9	Incapacitate de a vorbi. Plâns sau geamăt incontrolabil, aproape delir.	Cele mai puternice analgezice sunt parțial eficiente
10	Inconștiență. Durerea poate provoca moartea.	Cele mai puternice analgezice sunt parțial eficiente

SCALA FETELOR LUI WONG-BAKER include imagini cu fețe - o față zâmbitoare semnificând că nu există durere, până la o față distorsionată de o grimășă plângând, ceea ce înseamnă cea mai mare intensitate a durerii.

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1993 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org

In cazul durerii postoperatorii se recomandă ca durerea să fie monitorizată atât în ceea ce privește intensitatea durerii de repaus (durere de platou), cât și intensitatea durerii paroxistice (exacerbări dureroase care apar la mobilizare, tuse, manevre de kinetoterapie simple aplicate în postoperator imediat, etc.). Apariția unor paroxisme de durere refractoră, incontrolabilă vor impune reevaluare de urgență pentru a găsi explicația:



complicație chirurgicală, durere de cauze medicale, durere neuropată cu debut postoperator imediat sau durere cronică acutizată. Se recomanda înregistrarea scorurilor de durere în fise de monitorizare a pacientului.

SCALA FLACC utilă în cazul pacientilor cu nevoi speciale sau pacientilor care au dificultăți în comunicarea durerii (pacienți cu deficit cognitiv, pacienți din terapie intensivă/UPU). Aceasta cuprinde 5 parametrii: expresia feței, membre inferioare, activitate, plans, consolabilitate, fiecarei categorii își vor atribui între 0 și 2 puncte, rezultând un scor total între 0 (fără durere) și 10 puncte (durere severă).

Categorii	Scor		
	0	1	2
Expresie facială	fără expresii particulare	grimase ocasionale	incluzarea mandibulei
Membre inferioare	relaxate	neliniștite, tensionate	retrase la piept, mișcări agresive
Activitate	mobilizare cu usurință	agitat/tensionat/mișcări înainte-inapoi	arcuit, rigid, zvarcolindu-se
Plans	absent	geamat	plans continuu/urlet
Consolabilitate	bucuros, relaxat	distras de la durere prin atingere/conversație/reasigurare	greu de consolat

Fiecarei categorii își vor atribui între 0 și 2 puncte, rezultând un scor total între 0 (fără durere) și 10 puncte (durere severă).

SCORUL DN4 (Bouassira et al. 2005) utilizat pentru diagnosticul durerii neuropate, unde un scor total de 4p este puternic asociat cu durerea neuropată (aplicabil în spațial pentru durerea cronica).

A. Caracterul durerii prezintă una din caracteristicile urmatoare :

- a. Arsura 1p
- b. Senzația de recă dureros 1p
- c. Descarcări electrice 1p

B. Durerea pacientului este asociată cu unul din semnele următoare în teritoriul dureros :

- a. Furnicaturi 1p
- b. Intepaturi 1p
- c. Amorteli 1p
- d. Mancărimi 1p

C. Durerea este localizată într-o zonă în care există doză asemenea :

- a. Hipoestezie la atingere 1p
- b. Hipoestezie la intepatura 1p

D. Durerea este exacerbată de atingeră usoara sau friccarea în zona dureroasă

1p



6.3 Tratament

Principii și recomandări:

- Recomandările de tratament se fac de către medicul curant. Orice recomandare de tratament pentru durere se notează în FOCC/FSZ de către medicul curant și se parafează și semnează de către acesta.
- Se recomandă inițierea tratamentului analgetic înainte de debutul durerii (dacă factorul declanșator este previzibil);
- Orice durere de intensitate peste 4/10 NRS/VAS trebuie să declanșeze o intervenție analgetică din partea personalului medical (confortul analgetic al pacientului trebuie să-i permită acestuia să respire adânc, să se mobilizeze și să participe la activități de recuperare și fizioterapie);
- Se recomandă reevaluarea durerii la 30 min de la administrarea unui analgetic parenteral și la 1 ora după administrarea unui analgetic oral;
- Se recomanda folosirea principiilor analgeziei multimodale deoarece genereaza o ameliorare a durcii mai eficientă în comparație cu intervențiile uni-modale și limiteaza efectele adverse și secundare prin limitarea dozelor individuale ale substanelor utilizate;
- Se recomandă utilizarea tehnicii de analgezie preemptivă. Pentru aceasta se pot folosi tehnici de anestezie regională, PARACETAMOL, METAMIZOL, AINS, GABAPENTINOIZI etc. Acestea pot fi administrate pre-, intra- cat și postoperator;
- Se recomandă utilizarea PARACETAMOLULUI, METAMIZOLULUI, și IBUPROFENULUI. Majoritatea studiilor arată că acestea scad necesarul de opioid postoperator. Nu există niciun avantaj al căii parenterale (IV, IM) față de calea enterală (PO) – cu excepția vitezei de instalare a efectului care poate fi mai rapid în cazul administrării IV; Astfel, NICE 2020 recomanda administrarea pe cale orala a analgezicelor ori de cate ori acest lucru este posibil, forma parenterala ar trebui utilizata doar in cazul pacientilor care nu pot tolera administrarea per os;
- Compararea diferitelor tipuri de AINS între ele cat și compararea AINS neselective cu inhibitorii selectivi ai ciclooxygenazei 2 a aratat ca nu exista nici o diferență importantă din punct de vedere clinic în ceea ce privește scorul durerii, necesitatea utilizării suplimentare de opioid, efecte adverse și timpul de spitalizare. Astfel, NICE 2020 recomanda alegerea unui AINS neselectiv cum este IBUPROFENUL, data fiind lipsa diferențelor clinice semnificative între AINS și inhibitorii de COX2 precum și a pretului mai redus al acestuia.
- Nu se recomandă utilizarea pre-operatorie a opioidelor cu scopul scăderii consumului post-operator deoarece studiile nu au arătat un beneficiu în acest sens;

 <p>SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ "PIUS BRINZEU" TIMIȘOARA</p>	PROTOCOL MEDICAL Managementul durerii	Ediția II
		Revizia 0
ATI	PM-ATI-048	Pag. 14 din 29

- In cazul Morfinei, calea de administrare subcutanata este dc evitat deoarece aceasta are o absorbtie impredictibila (data fiind liposolubilitatea scazuta a acesteia)
- Se recomandă monitorizarea adevarată a sedarii, a statusului respirator și a altor efecte secundare la pacienții care primesc opioid; Acest lucru este necesar din cauza riscului de sedare excesivă, depresie respiratorie, greturi și vărsături sau constipație. Această monitorizare va include observarea clinică (de către medic și/sau asistent medical) pe toată durata internării și utilizarea pulsoximetriei pentru cel puțin 6 ore de la inițierea terapiei sistémice cu opioid. Frecvența respiratorie trebuie să fie peste 10-12 / min;
- Pacienții vârstnici, cci cu apnee de somn, cu bronho-pneumopatie cronică obstructivă (BPCO), astm bronșic au un risc mai mare de deprimare respiratorie în cazul administrării de opioide;
- În cazul supradozării opioidelor se va folosi pentru antagonizare NALOXONA; timpul de acțiune al acestei substanțe este mai scurt decât cel al opioidelor
- Se poate încerca ca opțiune în durerea acută folosirea GABAPENTINULUI sau PREGABALINULUI ca parte a analgeziei multimodale. Se asociază cu reducerea necesarului de opioid atât după intervențiile mici cât și după cele de mare anvergură. Se sugerează administrarea acestora pre-operator cu 1-2 ore (Gabapentin 600 sau 1200 mg; Pregabalin 150 sau 300 mg în funcție de rata filtrării glomerulare). Sunt studii ce sugerează eficiența acestora și post-operator, la 12 ore (Gabapentin 600 mg; Pregabalin 150 sau 300 mg);
- Se recomanda cu tare utilizarea de doze subanestezice de ketamina la inductia anesteziei pentru limitarea durerii cronice neuropatice si a hiperalgeziei postoperatorii 0,2-0,3 mg/kg/doza.

ABORDAREA ANALGEZIEI ESTE MULTIMODALA : datele din literatură sugerează administrarea de două analgetice care să acioneze prin mecanisme diferite, administrate pe aceeași rută sau pe cai diferite pentru a asigura o analgezie superioară cu efecte adverse minime sau echivalente.

Componente ale analgezici multimodale :

- analgezie administrata pe cale orala
- analgezie parenterală: intravenos (bolus, infuzie continua sau analgezie controlată de pacient-PCA), intramuscular, subcutanat.
- anestezice locale în spațiul peridural / bloc de plex sau nerv (bolus, infuzie continua pe SA sau pompa elastomerica)
- prevenirea hiperalgeziei postoperatorii (ex. ketamina în doze subanestezice în inducție)

Trebuie să fie luate în calcul terenul pacientului, tipul chirurgiei și nivelul de monitorizare postoperatorie pentru individualizarea prescrierii analgeticilor și urmarirea raspunsului pacienților prin scorurile de durere (scala numerică simplă=NRS, scala vizuală analogică=VAS), cat și a apariției efectelor adverse ale analgeticilor mai ales ale opioidelor (sedare, frecvența respiratorie, greturi, vărsături).



Pornind de la cele 3 tipuri de durere (ușoară, moderată, severă) scara de analgezic OMS (Organizația Mondială a Sănătății- Anexa 5) clasifică medicația în trei trepte:

- Treapta I – analgetice nonopioide (AINS, paracetamolul, metamizolul)
- Treapta a II-a – analgetice opioide slabe (Tramadolul)
- Treapta a III-a – analgetice opioide puternice (Morfina)

TERAPIA DURERII ACUTE POSTOPERATORII
SCALA OMS

DURERE USOARĂ
SVA 1-3

METAMIZOL
PARACETAMOL
ANTIINFLAMATORII
NESTERODIENE
DICLOFENAC
INDOMETACIN
KETOROLAC
IBUPROFEN

DURERE MODERATA
SVA: 4- 6

TRAMADOL
CODEINA
DIHIDROCODEINA
OXICODON
PETIDINA
PCNTAZOCINA
+/- TREAPTA I
ADJUVANTE

DURERE SEVERA
SVA: > 7

MORFINA
FENTANYL
REMIFENTANYL
OXICODON
HIDROMORFON
METADONA

N.B.- atenție la terapia de control a reacțiilor adverse induse de opioace! protocol de terapie simptomatică pentru greata/vomă

- selecția AINS pe criterii risc/beneficii
- protocol pe clinica privind administrarea inhibitorilor selectivi de COX-II

Pentru preparatele de treapta III nu există doză maximă ci doar doză optimă eficientă, doza la care efectul benefic este maxim, cu minim de efecte secundare;
De principiu nu se atinge nivelul de inhibiție respiratorie căci vreme pacientul resimte durere (VAS =>4)

Opioidele de treapta II nu se combină cu cele de treapta III deoarece mecanismele de acțiune sunt similare. În schimb antialgicele de treapta I se pot combina atât cu cele de treapta II cât și cu cele de treapta III;

În funcție de tipul de durere, pe oricare treaptă a scării de analgezice OMS se pot adăuga și coanalgezicele, deoarece nu toate durerile răspund la opioide:

ANTIDEPRESIVELE – indicate ca și tratament cronic în durerea neuropată
ANTICONVULSIVANTELE – indicate ca și tratament cronic și/sau acut în funcție de molecule în durerea neuropată

CORTICOTERAPIA – indicată în dureri neuropate, céfalee prin hipertensiune intracraniană, distensii viscerale

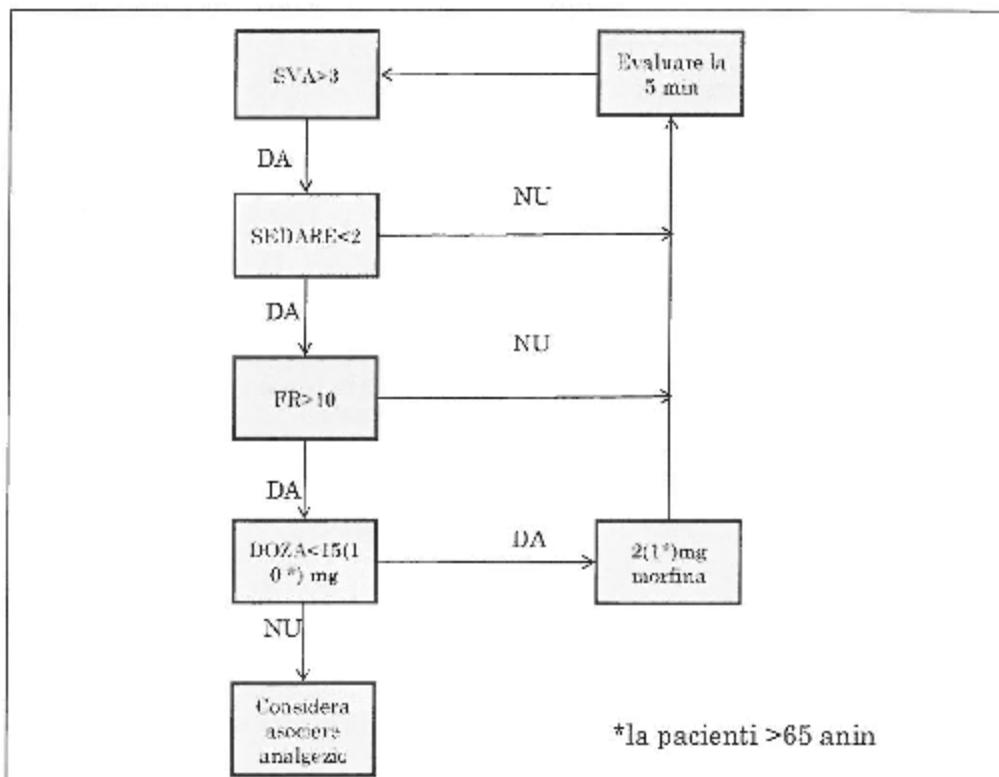


Trebuie luata in considerare si aplicata de la inceput utilizarea de masuri fizice de control al durerii: aplicarea de pungi cu gheata local, pozitionarea procliva a membrului, masaje, fizioterapic, mobilizare.

Morfina ramane de departe componenta de baza a terapii multimodale a durerii postoperatorii imediate, aceasta reprezentand etalonul după care se masoară potența celorlalte analgezice. Este principalul alcaloid al opiuului iar acțiunea sa pe receptorii μ este răspunzatoare de efectele sale: analgezie, euforie, depresie respiratorie și posibilă dependență. Deasemenea, morfina se leagă de receptori κ -mediatori ai analgeziei spinale, miozei și sedării.

Stabilirea dozei de morfina se face prin titrarea ei in sala de operatie sau in sala de ingrijire postoperatorie dupa urmatorul protocol (Anexa 4):

PROTOCOL TITRARE MORFINA SCJUT



Stabilirea dozei de incarcare imediat postoperator trebuie sa satisfaca 3 obiective: evaluare durere, actiune rapida, adaptarea dozei la pacient .

Doza de morfina ce se stabileste prin titrare este doza ce se va administra iv la interval de 4-6 ore.

Echivalenta dozei de morfina iv in admin subcutanata si orala este :

Doza IM=1.5X doza IV SE ADMIN LA 6-8 ore

Doza orala=3X doza IV(ritmul depinde de preparatul de morfina(actiune rapida sau retard)



Doza intratecală este de 100 de ori mai mică decât iv, se pot administra între 100-300mcg cu mențiunea că la doze de peste 150mcg este obligatorie admisia pacientului într-un salon de supraveghere continuă/terapic intensivă datorită riscului de depresie respiratorie tardivă. Doza epidurală este de 2-3mg.

Nb. Atât spinal cât și peridural se recomandă administrarea morfinei fără conservanți.

Efecte adverse ale medicației opioide folosite în postoperator

Cele mai frecvente reacții adverse induse de opioidele administrate parenteral sunt de tip: **prurit, greață, vomă, sedare**, incetinirea peristalticii intestinale și a timpului de golire a stomacului, retenție urinară. Toate aceste reacții sunt dependente de doză. Afectează aprecierea pacientului în legătură cu calitatea vieții sale în postoperator și cresc costurile și durata totală a spitalizării, motive foarte serioase pentru a se încuraja căutarea de tehnici de analgezie postoperatorie care să permită reducerea consumului de opiate (de tip —opioid-sparing).

Depresia respiratorie este, de departe, cea mai redutabilă complicație îndusă de supradozarea de opiate. Se întâlnește rar în practica medicală curentă, dar teama de depresie respiratorie imputabilă opioidelor urmată de stop respirator este principala cauză de subdozare a analgezicii postoperatorie, mai ales în chirurgia majoră.

Ceea ce se știe în acest domeniu este că depresia respiratorie nu apare niciodată subit în cazul administrării opioidelor, ca un eveniment brusc și letal, pacientul suferă inițial o sedare profundă, nu poate fi trezit prin stimulare verbală și chiar nociceptivă pentru că ulterior să facă bradipnee (scăderea progresivă a frecvenței respiratorii, cu pupile miotice și sedare profundă), acesta fiind patternul clinic care indică supradozarea de opiate.

De principiu nu se atinge nivelul de inhibiție respiratorie cătă vreme pacientul resimte durere (SAV =>4)

Evaluarea efectelor adverse se face prin scorul de sedare (vezi tabel nivel sedare) și prin evaluarea prezencii găturilor și varsaturilor, respectiv monitorizarea frecvenței respiratorii.

Prescripția medicației analgezice este responsabilitatea medicului curant. În cazul pacientilor chirurgicali, medicul anestezist va face recomandări privind analgezia pentru primele 24 de ore post-operator, acestea vor fi trecute atât în foaia de tratament cât și în fisă de monitorizare analgezica a pacientului (Anexa 1 pentru primele 24h respectiv Anexa 2 pentru urmatoarele zile).

Administrarea analgeziei, supravegherea și evaluarea eficienței și efectelor adverse revine asistentei în grija căreia se află pacientul, aceasta va nota în fisă de monitorizare datele solicitate. Dacă analgezia nu este suficientă asistenta va anunța medicul prescriptor pt a reevalua planul de analgezie.



FISA DE EVALUARE A PACIENTULUI POSTOPERATOR

Timp de la admisie	0 min	15 min	1 h	2 h	4 h	8 h	12 h	18 h	24 h
Scor durere									
TA									
AV									
FR									
Nivel sedare									
Bloc motor									
Greturi/Varsaturi									
Prurit									
Mobilizare									

Nivel Sedare

- 0 = Alert
- 1 = Confuz
- 2 = Somnolent cu perioade de trezire spontana
- 3 = Somnolent, mobilizeaza spontan
- 4 = Somnolent, raspunde la stimulare
- 5 = Somnolent, dificil de trezit

Bloc motor

- A = Existenta criterii de ambulatie
- 0 = Para bloc motor: misca picioare, genunchi, solduri
- 1 = Bloc parcial: misca picioarele si genunchii
- 2 = Bloc aproape complet: misca numai picioarele
- 3 = Complet

In functie de intensitatea durerii experimentata de pacient si in concordanță cu severitatea injuriei chirurgicale se optează pentru asocierea de analgetice(MINIM 2) din cele 3 trepte ale tabelului.Alegerea apartine prescriptorului, încercând să se respecte treptele .



Analgezice uzuale (Anexa 5.)

	SUBSTANTA	DOZA	REACTII ADVERSE	PRECAUȚII/ CONTRAINDICATII
SVA 4-6 SVA 1-3 SVA >7	PARACETAMOL ACETAMINOFEN P.O./I.V./P.R.	1g/6h Max. 4g/zi 1g/8h (15mg/kg) la pacientii <50kg	Reactii alergice/soc anafilactic Toxicitate: greturi si varsaturi, durere epigastrica, diaforeza, eritem, prurit, anemie hemolitica, toxicitate hepatica, insuficienta hepatica fulminanta S. Stevens-Johnson	Sensibilitate la substanta activa sau unul dintre excipienti Insuficienta hepatica usoara/moderata (maxim 2g/zi pentru Child-Turcotte-Pugh A si B), contraindicat in Child-Turcotte-Pugh C
	AINS IBUPROFEN P.O./I.V./P.R.	400mg/8h (max. 1.2g/zi) Pana la 7 zile	Reactii de hipersensibilitate, angioedem, prurit pana la soc anafilactic Injurie renala Eroziuni ale mucoasei gastro-intestinale Bronhospasm	Sensibilitate la substanta activa sau unul dintre excipienti De evitat la ClCr 30-60ml/min, Contraindica la ClCr <30ml/min Istoric de gastrita/ulcer gastro-intestinal
	AINS DEXKETOPROFEN P.O./I.V.	50mg/8h (max. 150mg/zi) Pana la 3 zile	Hematologic: tulburari de coagulare (efect antiagregant placetar), agranulocitoza, anemie aplastica, anemie hemolitica, trombocitopenie, neutropenia. Evenimente cardio-vasculare: infarct miocardic, decompensarea insuficientei cardiace (retentie hidro-salina)	Nerecomandate persoanelor astmative cu sensibilitate la AINS De evitat in cazul pacientilor cu insuficienta cardiaca precum si al celor cu BCR sau la risc de a dezvolta insuficienta renala (ex. hemoragie intraoperatorie, hipotensiune etc.)
	AINS PARECOXIB DYNASTAT I.V.	40mg/12h Max 80mg/zi 40mg/24h <50kg, >65 ani	S. Stevens-Johnson	



			Sensibilitate la substantă activă sau unul dintre excipienți
METAMIZOL (ALGOCALMIN) P.O./I.V.	1g/8h max. 4g/zi	Soc anafilactic Agranulocitoza: febra, frison, odinofagie, ulceratii mucoase S. Stevens-Johnson (leziuni pe piele sau mucoase) Sindrom Lyell (erupții buloase pe piele)	Istoric de pancitopenie în special leucopenie Insuficiența maduvei mucoase hematopoetice, Deficit de G-6-fosfat-dehidrogenaza, Porfirică Astan exacerbat de AINS Insuficiența hepatică, renală sau cardiaca severă
NEFOPAM (ACUPAN) I.V.	20 mg/6-8h (Max. 120mg/zi)	Reacții alergice/soc anafilactic Greturi și varsaturi, vertjii, halucinatii, diaforeza, tahicardie, parestezii, convulsiile Retencție de urină	Sensibilitate la substantă activă sau unul dintre excipienți Epilepsie, glaucom cu unghi inchis. Contraindicație pacientilor în tratament cu IMAO și copiilor cu varsta sub 15 ani
TRAMADOL f 50mg/1ml p.o./i.v.	50-100 mg/4-6h (Max. 400mg/zi)	Reacții alergice/soc anafilactic Cefalee, greturi și varsaturi, vertjii, constipație, diaforeza.	Sensibilitate la substantă activă sau unul dintre excipienți Contraindicație pacientilor în tratament cu IMAO, pacientilor cu intoxicație acută cu deprimante ale sistemului nervos central (alcool etilic, antidepresive, neuroleptice, sedative, anxiolitice, hipnotice) și copiilor cu vîrstă sub 14 ani.
PETIDINA f 100mg/2ml s.c./i.m./i.v.	0.5-1mg/kg 50-100 mg/4-6h (Max. 400mg/zi)	Anxietate, euforic, labilitate emotională, somnolenta, halucinatii, convulsiile, sincopa.	Utilizat cu precauție în cazul pacientilor cu



			Sindrom serotoninergic: clonus spontan/inductibil, agitație, diaforeză, tremor, hiperreflexie, hipertonic și temperatură corporală > 38°C	istoric de epilepsie, hipertensiune intracraniană, predispozitie la dependenta, pacienti cu insuficiența renala sau hepatica, tratament cu entidepresive triciclice sau ISRS
	<p>ROPIVACAINA 0,1-0,2 %</p> <p>DOAR pe cateterul EPIDURAL/BLOC DE NERV PERIFERIC!!!</p>	<p>5-15 ml bolus 5-10 ml/h SA/pompa elastomerica</p>	<p>Reactii alergice/soc anafilactic</p> <p>Hipotensiune arteriala, bradicardie, greturi si varsaturi, vertij, retentie de urina.</p> <p>Stop respirator</p> <p>Toxicitate: parestezie periorala, vertij, confuzie, dificultati de vorbire, auz, vaz, rigiditate musculara, convulsii, colaps cardiovascular.</p>	<p>Sensibilitate la anestezicele locale de tip amide (lidocaina, bupivacaina)</p>
	<p>MORFINA</p> <p>f 20 mg/1 ml</p> <p>i.m./i.v./PCA</p> <p>spinal/peridural (fara conservanti!)</p>	<p>0.1-0.2 mg/kg /4h i.m.</p> <p>2.5-5 mg/4h i.v.</p> <p>0.1-0.2 mg Spinal</p> <p>2-3 mg Peridural</p>	<p>Prurit, greață, vomă, sedare, bradicardie, hipotensiune, retenție urinară.</p> <p>Incentinirea peristalticii intestinale și a timpului de golire a stomacului, contractia sfincterului Oddi (cresterea presiunii in arborele biliar)</p> <p>Depresie respiratorie</p>	<p>Sensibilitate la substanta activa sau unul dintre excipienti</p> <p>Sindrom subocluziv sau ocluziv</p> <p>Pacinti in tratament cu IMAO</p>
	<p>FENTANIL</p> <p>Plasture transdermic</p> <p>i.v. doar in TI</p>	<p>25/50/75 ug/h</p> <p>72h</p> <p>Transdermic</p>	<p>Prurit, reacție la locul de aplicare, greață, vomă, sedare, bradicardie, hipotensiune, retenție urinară, constipație, halucinatii, somnolenta.</p>	<p>Sensibilitate la substanta active sau adezivul de fixare</p> <p>Aplicarea de caldura (dusuri, bai fierbinti) poate creste semnificativ rata de eliminare a substantei active putand</p>

				provoca depresie respiratorie.
	REMIFENTANIL* fl 1 sau 2 mg i.v. doar în TI	0.05-2 ug/kg/min	Hipotensiune și bradicardie Depresie respiratorie, rigiditatea cutiei toracice Greturi și vărsături N.B. efectele adverse sunt limitate ca durată datorită timpului ultra scurt de acțiune odată cu oprirea infuziei.	Contraindicat pacientilor în tratament cu IMAO. Sensibilitate la substanța activă sau unul dintre excipienti Contine glicina - calca de administrare spinală/epidurală este contraindicată

*aceasta opțiune se aplică doar pacientilor care pot fi monitorizați, la care se poate asigura suport ventilator adecvat

În funcție de tipul de durere, pe oricare treaptă a scarii de analgezice OMS se pot adăuga și coanalgezicele, deoarece nu toate durerile răspund la opioide:

Ca adjuvante se pot adăuga:

- Gabapentin 300 mg/8-12 h
- Carbamazepina 200-800 mg/8h
- Ketamina 0,2-0,3 mg/kg preoperator ca analgezie preemptivă
- blocuri de nervi periferici

Se poate administra și Analgezie controlată de pacient (ACP) pentru opioide IV sau Analgezie epidurală controlată de pacient (APCP) pentru anestezice locale epidural, acestea necesitând dispozitive speciale

De asemenea infuziile continue IV sau epidurale pot fi administrate cu ajutorul pompelor elestomerice.

Tratament/conduita de urgență

Complicații ale administrării de opioid

În caz de sedarea excesivă și/sau hipoventilație (frecvență respiratorie < 10/min):

- Se va administra NALOXONĂ 100-200 mcg IV la 2-3 min până la obținerea unui efect satisfăcător;
- Se va anunță medicul ATI pentru a ajusta tratamentul.



În caz de stop cardio-respirator indus de opiate:

- Se va anunța medicul de gardă ATI;
- Se va administra NALOXONA 400 mcg IV;
- Se inițiază manevre de resuscitare.

PONV (greață ± vărsături):

- se va administra PROPOFOL 10-20 mg IV și/sau HALOPERIDOL 1mg IV;
- Se introduce în tratament ONDANSETRON 4mg la 8h PO/IV și se administrează prima doză;
- Nu se recomandă utilizarea METOCLOPRAMIDULUI deoarece studiile sugerează un efect modest la doze uzuale, iar doze mai mari cresc riscul apariției fenomenelor extrapiramidale.

Prurit intens:

- Se va administra NALOXONA 100-200 mcg IV la 2-3 minute până la obținerea unui efect satisfăcător;
- Se va avea în vedere ca dozele mai mari de 100 mcg pot antagoniza efectul analgetic al opioidelor administrate.

Criterii de transfer în Terapie Intensivă:

- La indicația medicului ATI (în limita locurilor disponibile în Terapie Intensivă) pentru analgezie insufluentă controlată în ciuda aplicării tuturor recomandărilor din acest document;
- Sedare excesivă cu necesar de securizare a căilor aeriene (IOT);
- Instabilitate hemodinamică;
- Stop cardio-respirator (resuscitat);

Criteriile de stabilizare și transfer din Terapie Intensivă într-o secție clinică:

- Stabilizare hemodinamică fără suport vasoactiv;
- Stabilizare respiratorie (respirații spontane eficiente, SpO₂>90% fără supliment de O₂ și >95% cu supliment de O₂ pe mască facială)
- Status neurologic normalizat;
- Control eficient al durerii.

7. Resurse necesare

1. Umane (competențele personalului necesare)
 - a. Medic rezident, specialist/primar ATI
 - b. Medic rezident, specialist/primar neurochirurg/neurolog pentru durerea neuropată refracționă
 - c. Medic rezident, specialist/primar oncolog pentru durerea oncologică refracționă
 - d. Asistente medicale din TI



- e. Medic curant
- f. Asistenti medicali
- 2. Material (aparatură specific etc)
 - a. Seringi automate, seringi TCI, pompe PCA, pompe elastomericice
 - b. Monitor functii vitale
 - c. Material de resuscitare
 - d. Formularc „Plan de îngrijire”

8. Condiții de abatere de la protocol

1. Reglementări juridice
2. În caz de necesitate, clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocol
3. În caz de particularități ale cazului care justifică abaterea de la protocol. Particularitățile pot fi legate de sex, vîrste extreme, comorbidități, complicații, atitudinea pacientului față de boală, comportamente alimentare de viață, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.
4. Refuzul pacientului de accepta conduită terapeutică precizată în protocol
5. Studii clinice derulate în spital aprobate de Comisia de etică, care permit abaterea de la protocol
6. Modificări în ghiurile naționale sau internaționale

9. Valorificarea rezultatelor activității - indicatori

Nr. crt.	Indicator de performanță	Perioada raportării	Mod de calcul	Valoare țintă
1	Gradul de eficiență al analgeziei(satisfacția pacientului)	Semestrial	Numărul pacienților cu SVA<4/numărul pacienților postoperator în decurs de 6 luni	>70%
2	Utilizare analgezie multimodală (minim 2 analgetice)	Semestrial	Nr pacientior cu min 2 analgetice/nr pacientior postoperator	>90%
3	Gradul de aplicare al protocolului	Semestrial	Numar de FO cu plan de îngrijire inclus in care este notata intensitatea durerii din totalul FO (verificare prin sondaj)*100	>90%

10. Responsabilități și răspunderi în derularea activității

1. Medic șef secție
 - a. Răspunde de implementarea protocolului la nivelul structurii
 - b. Realizează/coordonează analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocolului
 - c. Coordonează/realizează analiza autocvaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocolului



- d. Coordonă autoevaluarea periodică a respectării protocolului
- e. Se asigură de informarea, instruirea și respectarea întregului personal din subordine, inclusiv a noilor angajați, a protocolului
- 2. Auditor clinic al secției
 - a. Participă în misiuni audit clinic de analiză a protoalelor implementate la nivel de spital
 - b. Analizează periodic implementarea protoalelor medicale la nivelul secției din care face parte
 - c. Analizează periodic abaterile de la protoalele implementate la nivelul secției din care face parte
- 3. Medicii clinicieni din cadrul secției
 - a. Respectă protocolul medical
 - b. Se abat de la protocol doar în condițiile precizate de acestea
 - c. Completează FOCG cu recomandările de consulturi interdisciplinare (cu motivare acestora și menționarea datei și orei solicitării consultului)
 - d. Completează FOCG cu recomandările de medicamente (menținând substanța, cantitatea, doza, ritmul, modul de administrare)
 - e. Completează FOCG cu recomandarea de investigații paraclinice menționarea datei și orei solicitării (cu motivare acestora în cazul în care nu fac parte din protocolul stabilit)
 - f. Solicită consumămantul pacientului pentru aplicarea planului conform protocolului (conform procedurii specifice PO-MED-030 Procedura operațională de obținere a acordului pacientului informat sau a procedurii PO-MED-039 Procedura operațională privind intervenția medicală fără acordul pacientului /reprezentantului legal, în funcție de situație).
- 4. Asistentele medicale din cadrul secției
 - a. Administrează medicamentele conform recomandărilor făcute în FOCG de către medic
 - b. Pregătesc pacientul pentru investigațiile recomandate de către medic în FOCG



Anexa 1. PM-ATI-048.01 Scala numerică de evaluare a durerii (NRS) + scala analog vizuală (VAS) ziua 0 post-operator

SCALA NUMERICĂ DE EVALUARE A DURERII (NRS) + SCALA ANALOG VIZUALĂ (VAS) *ZIUA 0 POST-OPERATOR

pacienti constienti/cooperanti

Pain Scales Combined: NRS + FACES

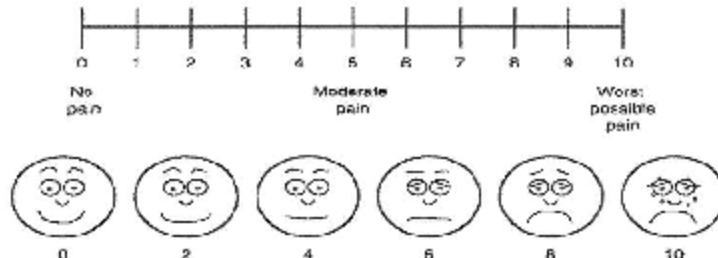
Data/nr. zile post-op:

Nume:

Varsta:

Interv chir:

Anestezie:



FISA DE EVALUARE A PACIENTULUI POSTOPERATOR

Timp de la admisie	0 min	15 min	1 h	2 h	4 h	8 h	12 h	18 h	24 h
Scor durere									
TA									
AV									
FR									
Nivel sedare									
Bloc motor									
Greturi/Varsaturi									
Prurit									
Mobilizare									

Nivel Sedare

- 0 = Aluat
- 1 = Confuz
- 2 = Somnolent cu perioade de trezire spontană
- 3 = Somnolent, mobilizează spontan
- 4 = Somnolent, răspunde la stimulare
- 5 = Somnolent, dificil de trezit

Bloc motor

- A = Existenta criteriilor de ambulatie
- 0 = Fara bloc motor: miscă picioare, genunchi, solduri
- 1 = Bloc parcial: miscă picioare și genunchi
- 2 = Bloc aproape complet: miscă numai picioarele
- 3 = Complet

Medicatie (analgezice + antiemetice)

MEDICATIE	Ruta	Doza/Interval	Ore						
			0	1	2	3	4	5	6

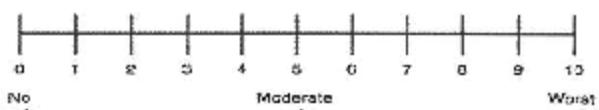


*Anexa 2. PM-ATI-048.02 Scala numerică de evaluare a durerii (NRS) + scala analog vizuală (VAS) *incepând cu ziua 1 post-operator*

SCALA NUMERICĂ DE EVALUARE A DURERII (NRS) + SCALA ANALOG VIZUALĂ (VAS) *INCEPÂND CU ZIUA 1 POST-OPERATOR

pacienti constienți/cooperanți

Pain Scales Combined: NRS + FACES



Data/nr. zile post-op:

Nume:

Varsta:

Interv chir:

Anestezie:

FISA DE EVALUARE A PACIENTULUI POSTOPERATOR

Timp de la admisie	06	10	14	18	22	02
Scor durere						
TA						
AV						
FR						
Nivel sedare						
Bloc motor						
Greturi/Varsaturi						
Prurit						
Mobilizare						

Nivel Sedare

- 0 = Alert
- 1 = Cătăuz
- 2 = Somnolent cu perioade de trezire spontană
- 3 = Somnolent, mobilizarea spontană
- 4 = Somnolent, respondă la stimulare
- 5 = Somnolent, dificil de trezit

Bloc motor

- A = Existarea criteriilor de ambulatorie
- 0 = Fără bloc motor: mîna picioare, genunchi, solduri
- 1 = Bloc parțial: mîna picioarele și genunchi
- 2 = Bloc aproape complet: mîna numai picioarele
- 3 = Complet

Medicatie (algezice + antiemetice)

MEDICATIE	Ruta	Doza/Interval	Ore					
			0	1	2	3	4	5



Anexa 3. PM-ATI-048.03 Scara de analgezie OMS

Scara de analgezie OMS (Organizația Mondială a Sănătății)

TERAPIA DURERII ACUTE POSTOPERATORII
SCALA OMS

DURERE SEVERA
SVA: > 7

DURERE MODERATA
SVA: 4- 6

MORFINA
FENTANYL
REMIFENTANYL
OXICODON
HIDROMORFON
METADONA

TRAMADOL
CODEINA
DIHIDROCODEINA
OXICODON
PETIDINA
PENTAZOCINA

+/- TREAPTA I
ADJUVANTE

DURERE USOARA
SVA 1-3

METAMIZOL
PARACETAMOL
ANTIINFLAMATORII
NESTERODIENE
DICLOFENAC
INDOMETACIN
KETOROLAC
IBUPROFEN

N.B.- atenție la terapia de control a reacțiilor adverse induse de opioace și protocol de terapie simptomatică pentru gheata/vomă

- selecția AINS pe criterii risc/beneficii
- protocol pe clinica privind administrarea inhibitorilor selectivi de COX-II



Anexa 4. PM-ATI-048.04 Protocol titrare MORFINA

Protocol titrare MORFINA

PROTOCOL TITRARE MORFINA SCJUT

