



PERCEZIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL PAZIENTE INCOSCIENTE VENTILATO MECCANICAMENTE, SOTTOPOSTO A PROCEDURE CLINICO/ASSISTENZIALI

La presenza degli studenti del Corso di Laurea per Infermiere nelle strutture ospedaliere, rappresenta, oltre che un impegno per gli infermieri nel seguire il loro percorso, anche una grande opportunità di crescita per le équipes assistenziali. In particolare, il tempo dedicato dagli studenti per produrre le tesi al termine del percorso universitario, può costituire una preziosa risorsa anche per portare avanti progetti di studio e ricerca, che il personale delle Unità Operative farebbe molta fatica a portare avanti nella routine quotidiana, di grande complessità assistenziale ed organizzativa.

La Rianimazione, in particolare è un reparto estremamente complesso e l'osservazione dei pazienti indotti al riposo, accompagnati e costantemente vigilati da infermieri e medici, hanno suscitato l'interesse da parte di una studentessa, rispetto al tema del dolore. La domanda che si è posta è se nel loro "riposo" forzato, potessero sentire il dolore per ciò che, seppure a scopo esclusivamente benefico, veniva loro inflitto quotidianamente e più volte

al giorno. Da questa semplice osservazione, condivisa con l'equipe infermieristica e medica della Rianimazione e del Dipartimento stesso, è nata questa idea, diventata poi protocollo di ricerca sperimentale, approvato dal Comitato Etico Provinciale e tutt'ora in corso. Durante l'effettuazione del tirocinio, osservando i pazienti, ha potuto constatare che quando gli operatori si avvicina-

no loro per semplici manovre assistenziali, come l'aspirazione bronchiale, il prelievo di sangue, la mobilizzazione su un fianco, il cambio della biancheria del letto, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, si modificano.

Supportata da questo dubbio, leggendo qualche dato in letteratura, ha reperito un articolo di Paul L. Marino il quale afferma che il 50% delle persone ricoverate in Terapia Intensiva, ricorda il

dolore come la peggiore esperienza durante la propria permanenza in reparto. Secondo l'International Association for the study of Pain, *"il dolore è tutto ciò che il malato afferma che sia, reale o immaginario"*.





Ma cosa succede quando il malato non può esprimere il proprio dolore, quindi non ha la possibilità di esprimere una legittima richiesta di farmaci antalgici per lenirlo?

L'intero lavoro di questa ricerca è stato pertanto progettato allo scopo di migliorare l'assistenza, garantendo al paziente incosciente, sottoposto a procedure infermieristiche, il trattamento del dolore, evitando di lasciare alla discrezione del singolo operatore la scelta arbitraria ad effettuare tali manovre senza alcuna procedura protocollata.

Un aspetto rilevante da sottolineare che ha costituito il presupposto per questo lavoro è stata l'integrazione tra la ricerca medica e quella infermieristica.

La disponibilità e la collaborazione interprofessionale, hanno permesso di affiancare ad obiettivi più specificatamente infermieristici, obiettivi di pertinenza medica, come quello di mettere a punto un protocollo di terapia antalgica, sperimentata nei pazienti soggetto di studio.

Nei pazienti particolarmente gravi che non sono in grado di comunicare, l'uso di segni surrogati come i parametri fisiologici oppure i comportamenti riflessi come le espressioni facciali, rappresentano una pratica senza fondamento e probabilmente inappropriata (Murray MJ et al, 1994 - Hamill-Ruth RJ et al. 1999), tuttavia l'utilizzo di diverse misure di valutazione del dolore sono essenziali per misurare e valutare con precisione il dolore nei pazienti incoscienti (SIAARTI, 2006). Attualmente in letteratura la scala considerata più affidabile per persone incoscienti o sedate (Payen et al., 2001) è la BPS (Behavioral Pain Scale) che si basa sulla somma di punteggi relativi all'osservazione di 3 specifici comportamenti:

- le espressioni facciali,
- il movimento degli arti superiori,
- la compliance con la ventilazione meccanica.

Ogni sezione prevede un punteggio che varia da 1 a 4, per un punteggio totale possibile compreso fra 3 e 12, dove 3 rappresenta l'assenza di dolore e 12 è il massimo dolore possibile.

In questo studio, gli strumenti utilizzati sono stati riuniti in una griglia contenente per ogni paziente e per ciascuna manovra effettuata la Scala di Valutazione del dolore Behavioral Pain Scale integrata con la rilevazione dei Parametri Fisiologici quali Pressione Arteriosa, la Frequenza Cardiaca, la Frequenza Respiratoria e la Saturazione di Ossigeno ed altri segni di iperattività simpatica come la lacrimazione, la dilatazione pupillare e la sudorazione. Sono inoltre osservati eventuali comportamenti come agitazione, espressione del volto, vocalizzazioni.

La sperimentazione è stata programmata secondo le seguenti modalità. Sono state individuate tre procedure clinico-assistenziali:

- broncoaspirazione,
- emogasanalisi,
- mobilizzazione su un fianco per l'effettuazione delle pratiche igieniche.

Ad ogni paziente arruolato nello studio è stata praticata prima la procedura base senza analgesia e sono stati rilevati i parametri vitali, compresa la scala di rilevazione del dolore, prima, durante e dopo la procedura stessa. In un secondo momento è stata praticata la procedura con analgesia e si è proceduto con la rilevazione di parametri e scala del dolore prima, durante e dopo.

Ad oggi, la ricerca sta continuando, per raggiungere il numero dei pazienti stabilito dal protocollo di ricerca e non è possibile effettuare confronti statistici attendibili.

E' però possibile fare qualche osservazione sulla base dei dati finora raccolti: tutti i pazienti, durante le manovre effettuate hanno modificato la curva della Saturazione dell'Ossigeno, così come le risposte del Sistema Nervoso Simpatico sono state evidenti e molto differenti confrontando i dati tra l'assenza e la somministrazione di analgesia.

Il dato più evidente di questo studio è stata la Frequenza Respiratoria che ha registrato in tutti i 10 pazienti finora arruolati, variazioni molto evidenti rispetto all'analgesia applicata, evidentemente

ITEM	DESCRIPTION	SCORE	PARAMETRI	VALORI	SIMPATICO	SI	NO	COMPORAMENTO	SI	NO
Espressione facciale	Distesa/rilassata	1	P.A.		Lacrimazione			Agitazione		
	Parzialmente serrato (abbassamento del sopracciglio)	2	F.C.		Dilatazione pupillare			Espressione del volto		
	Completamente serrato (palpebre chiuse)	3	F.R.		Sudorazione			Vocalizzazione		
	Con smorfia	4	SO ₂							
Movimento dell'arto superiore	Nessun movimento	1	Note _____ _____ _____							
	Parzialmente piegato	2								
	Totamente piegato con flessione delle dita	3								
	Permanentemente retratto	4								
Adattamento alla ventilazione meccanica	Tollerante (adattato) al movimento	1	Note _____ _____ _____							
	Tossendo ma tollerando la ventilazione per più tempo	2								
	Contrasta il ventilatore	3								
	Incapace di controllare la ventilazione	4								
TOTALE										



efficace e lenitiva, rispetto ai dati registrati in assenza della stessa.

La ricerca deve proseguire per trovare sempre maggiori evidenze che dimostrino questa ipotesi e che renda legittimo l'utilizzo dei relativi rimedi, poco costosi, sia in termini di tempo, per gli operatori che li applicano, sia in termini economici, ma che restituiscono dignità alla persona.

Un'altra chiave di lettura per questo progetto di ricerca è sicuramente quella metodologica, ovvero la necessità per la comunità professionale infermieristica di sviluppare l'ambito della ricerca, in quanto soltanto creando un ambiente di pratica professionale in cui gli infermieri utilizzino il pensiero critico per assumere decisioni basate sull'evidenza scientifica, si può garantire al paziente un'elevata qualità assistenziale e la crescita della professione stessa.

SCHEDA DI RILEVAZIONE MANOVRA BASE E SPERIMENTALE			
MANOVRA BASE (SENZA ANALGESIA)	ORA	MANOVRA SPERIMENTALE (CON ANALGESIA)	ORA
EGA	1 2 3	EGA	1 2 3
BRONCO- ASPIRAZIONE	1 2 3	BRONCO- ASPIRAZIONE	1 2 3
MOBILIZZAZIONE	1 2 3	MOBILIZZAZIONE	1 2 3

PER L' EMOGASANALISI:

- somministrazione **Sottocute di Lidocaina al 2% - 10 mg/0,5ml** nella sede individuata per la puntura arteriosa.

PER LA BRONCOASPIRAZIONE:

- somministrazione **Endotracheale di Lidocaina al 2% - 40 mg/2ml**.

PER LA MOBILIZZAZIONE:

- somministrazione in **Bolo E.V. di 1 Fiala/2ml di Fentanyl**.

Periodo: Settembre 2008/Aprile 2009

Numero Pazienti minimo: 20

Manovre infermieristiche oggetto dello studio

- Emogasanalisi
- Broncoaspirazione
- Mobilizzazione sul fianco durante l'igiene ed il cambio delle lenzuola

Criteri di inclusione

- Pazienti ricoverati presso la Rianimazione ASMN di RE
- Pazienti incoscienti
- Intubati
- Pazienti ventilati meccanicamente
- Glasgow Coma Scale < 8
- Qualsiasi fascia di età
- Rilevazione di base del dolore, prima di effettuare la manovra assistenziale
- Adesione allo studio autorizzata dal familiare di riferimento, previa informazione

Criteri di esclusione

- Pazienti con Politrauma
- Pazienti in fase Post - Operatoria
- Per la procedura relativa all'Emogasanalisi, sono esclusi i pazienti con accesso arterioso attraverso agocannula

Alessandro Grandi
Monica Guberti
Francesca Nunziante,
Angela Saffioti,
Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica