



## ASISTENȚĂ MEDICALĂ GENERALĂ NURSING ÎN ATI ȘI URGENȚE CHIRURGICALE

### DUREREA ACUTĂ<sup>i</sup>

Durerea acută:

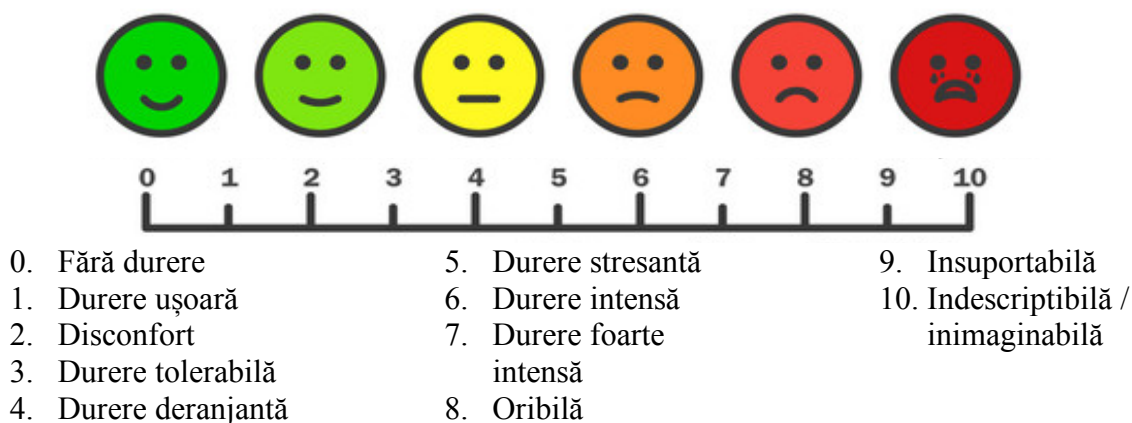
- este o experiență senzorială și emoțională neplăcută,
- este determinată de leziuni tisulare existente sau potențiale
- poate avea debut brusc sau insidios,
- poate avea intensitate moderată sau severă și o durată anticipată sau predictibilă de mai puțin de 6 luni. (definiția Asociației Internaționale de studiu al Durerii).

Durerea este un semn clinic care avertizează asupra existenței unei probleme medicale care necesită atenția imediată, pentru identificarea/diagnosticul unor leziuni și pentru a lua măsuri (medicamentoase sau nemedicamentoase) pentru alinarea durerii.

"Durerea este întotdeauna subiectivă<sup>ii</sup>". Această experiență neplăcută are întotdeauna două laturi:

- o latură senzorială, obiectivă (nocicepția) și
- o latură emoțională, subiectivă.

Ca atare, fiecare pacient experimentează în mod diferit senzația de durere funcție de aspectul emoțional, subiectiv. "Pragul de durere" este diferit de la un pacient sau altul, dar și pentru același pacient, în funcție de modul în care conștiința sa procesează impulsurile senzoriale. De aceea confortul psihic al pacientului este important pentru tratament și vindecare.



Durerea (în context chirurgical peri operator) poate fi determinată de multiple cauze:

- leziuni care afectează integritatea fizică cutanată, tisulară, musculară, etc.
- traumatisme cutanate, musculare, osoase;
- fenomene ischemice acute (durerea este extrem de intensă);
- fenomene inflamatorii acute (peritonite, infecția plăgii, etc.);
- plaga operatorie, tuburi de dren, sonde, etc.

Durerea se poate manifesta diferit de la un pacient la altul, datorită componentei subiective a durerii; unii pacienți tolerează relativ bine niveluri ridicate de durere, în timp ce alții se plâng de dureri chiar minore. Trebuie să aveți în vedere că obiectivul nostru trebuie să fie alinarea durerii și ca atare, durerea resimțită de pacient este cea care trebuie tratată și nu ceea ce credem noi că este componenta obiectivă. Pe de altă parte știind că durerea poate fi un semn important care relevă complicații mai mult sau mai puțin importante este important ca ea să fi relevată și consemnată, indiferent de nivelul ei. Așa cum spuneam mai sus durerea trebuie identificată și raportată și totodată ameliorată.

*Durerea postoperatorie* spontană durează de regula **24 ore**; dacă persista sau reapare poate semnifica o complicație inflamatorie locală

- Depinde de traumatismul operator, durata, tipul de incizie, gradul retracției parietale pentru expunerea structurilor profunde (o tehnica usoara, rapida, si o buna relaxare musculara determina durere redusa)

- Durerea este accentuată de mișcări ce creează tensiune asupra inciziei (tuse, respirație profundă), spasme musculare (chirurgia ortopedică). N.B. este natural ca pacientul, reflex, să aibă tendința de a se mișca cât mai puțin, pentru a reduce suferința postoperatorie.

- Are caracter individual: este legată de factori fizici, etnici, sex; factorii emoționali (anxietate, incertitudine, oboseala) facilitează transmisia nociceptivă la nivel medular, scăzând pragul de percepție al durerii și perpetuând aceasta senzație.

- Determina: a) răspunsuri segmentare (medulare) ce produc spasme ale musculaturii scheletice, spasme vasculare, diminuarea activității gastro-intestinale, și b) răspunsuri suprasedimentale (inclusiv corticale) ce produc perturbări ventilatorii, circulatorii, și endocrine

Efectele adverse ale durerii.

Pacienții evita să respire profund și să tușească, scade capacitatea vitală (aprox. 50 % din valoarea preoperatorie) și se acumulează secreții bronșice, conducând la atelectazia, urmată de supra infecție.

Inhibarea peristaltismului intestinal (prin hiperactivitate simpatică reflexă) produce distensie abdominală, grețuri, vărsături.

Reducerea activității fizice conduce la staza venoasă și riscul de tromboză venoasă profundă (TVP) și embolie pulmonară.

Eliberarea catecolaminelor crește tonusul simpatic și sarcina cordului.

Durerea se poate manifesta prin diverse semne sau simptome:

1. Raportarea durerii - pacienții se plâng de durere, indicând localizarea, intensitatea, ritmul, durerii;

*N.B. totodată trebuie să căutați și celelalte semne clinice care să confirme durerea și să indice intensitatea obiectivă; chiar dacă pacienții nu se plâng de durere obișnuiți-vă să căutați semnele de durere mascate de pacient.*

2. Modificarea tonusului muscular și masca facială a durerii - putem să observăm modificări discrete ale tonusului muscular (crescut) și mai adesea o mască facială de suferință, care este inconștientă.

3. Confuzie / auto focus / reducerea atenției - în sensul unei atenții reduse față de mediu înconjurător cu focalizarea atenției către propria suferință;

4. Comportament protectiv față de zona afectată - își protejează membrul fracturat sau are mișcări rigide, nefirești determinate de o contractură voluntară cu caracter protectiv;

5. Apărare - o mișcare bruscă efectuată spre zona suferindă atrage o reacție de apărare aparent nefirească

6. Răspuns autonom - musculatură în tensiune + respirații rapide și superficiale + ritm cardiac crescut + tegumente palide, transpirate, reci + midriază +/- incontinență; aici este vorba de o reacție adrenergică intensă ca expresie a posibilității repetării unei experiențe dureroase similare.

*N.B. Apariția răspunsului autonom nu înseamnă neapărat o durere foarte intensă ci este expresia unei experiențe extrem de dureroase; partea subiectivă este dominantă.*

## **Rezultate dorite**

1. Notați și notificați durerea
2. Controlați durerea, astfel încât pacientul să fie relaxat, capabil să se odihnească și să participe al activitățile curente în mod corespunzător (mobilizarea pasivă și activă, toaleta zilnică, pansamentele, kinetoterapia, etc., trebuie să se facă fără/ cu minimă durere)

### 1. Evaluați, notați și notificați durerea

1.1. Notați în FOCG (formular dedicat) datele personale ale pacientului: vârstă, sex, greutate, tonus muscular, afecțiuni preexistente (fizice sau psihice);

1.2. Notați medicația preexistentă sau eventuale sensibilități sau idiosincrazii<sup>1</sup> la analgezice

- atenție la consumatorii de AINS!
- un % din populație are toleranță la opioide și derivați.

1.3. Revedeți fișele de anestezie și trezire

- prezența narcoticelor potențează analgezia
- droperidol potențează analgezia
- Fluotan, Halothan, Ethrane nu au efect analgezic
- rahianestezia / anestezia peridurală - are efect 6-8 ore
- anestezia locală cu, bupivacaină are efect 4-6 ore
- blocul regional are efect 1-2 ore

1.4. Evaluați nivelul durerii regulat<sup>3</sup> ( la minim 2 ore maxim 4 ore)

- notați în fișă<sup>2</sup>:
  - intensitatea (pe scara de la 1 la 10)
  - localizare<sup>3</sup>
  - caracter<sup>4</sup>
  - dacă ați anunțat medicul
- subliniați de fiecare dată față de pacient că el are responsabilitatea să raporteze durerea și cum răspunde la tratamentul administrat
- evaluați de fiecare dată dacă durerea raportată de pacient corespunde cu semnele clinice: - anxietate sau frică
  - tahicardie + hipertensiune<sup>4</sup>, transpirații, piele umedă, rece;
  - tahipnee cu respirații superficiale;
  - postură rigidă, protecție, atenție focusată, etc.

*N.B. dacă observați discordanța între durerea declarată (minoră) și semnele clinice anunțați medicul.*

1.5. Evaluați existența altor cauze de disconfort decât operația în sine:

- sonde (nazogastrică, urinară, PEV, cateter central, drenaje) și încercați să evaluați cât disconfort produc și dacă prin rearanjare se poate obține mai mult confort

---

<sup>1</sup> Reacție proprie unor indivizi, caracterizată prin sensibilitate sau intoleranță la unele medicamente

<sup>2</sup> Conform indicației de monitorizare

<sup>3</sup> o cefalee poate să apară după rahianestezie și este de așteptat; în contextul unui drenaj LCR extern cefaleea are semnificație majoră

<sup>4</sup> **Nu confundați cu șocul : tahicardie + tensiune normală/scăzută (+ alungirea timpului de recolorare unghială, tahipnee, scăderea diurezei, creșterea glicemiei).**

*N.B. Verificați ca cateterele să fie fixate (cu plasă elastică sau fașă elastică de preferință) ferm dar fără compresiune, schimbați sonda urinară dacă produce usturime, rearanjați sonda nazogastrică, verificați ca drenajele, cateterele să nu împiedice mișcarea pacientului în pat, etc.*

1.6. Informați pacientul despre posibilele cauze de disconfort și cât va dura starea de fapt:

- durerea de gât după IOT - va dispărea în câteva ore și poate să ia pastile de supt;
- durerile musculare pot fi determinate de succinilcolină (produce relaxarea musculară profundă necesară anesteziei)
- parestezia în diverse zone ale corpului determinată de poziționarea pe masa de operație;
- etc.

1.7. Notați:

- reacția la administrarea medicației prescrise:
  - rapiditatea ameliorării durerii
  - durata de timp fără durere
  - efecte secundare nedorite
  - verificați reducerea ritmului respirator și verificați SaO<sub>2</sub> dacă se asociază analgezice cu narcotice

*N.B. migrația cranială a substanței anestezice din anestezia rahidiană poate duce la depresie respiratorie - monitorizați atent!*

- notificați medicul curant sau de gardă și notați în FOCG privind ineficiența sau efectele secundare nedorite.

## 2. Controlați durerea

Scopul controlului durerii este ca pacientul să fie relaxat, capabil să se odihnească și să participe la activitățile curente în mod corespunzător (mobilizarea pasivă și activă, toaleta zilnică, pansamentele, kinetoterapia, etc., trebuie să se facă fără/ cu minimă durere). Comunicarea cu pacientul eficientă, supravegherea frecventă și atenția la problemele pacientului, scad consumul de analgezice.

2.1. Poziționați pacientul confortabil în pat:

- semi Fowler (vezi Fig.1.) = trunchiul ridicat la 30° + susținerea antebrațului pe o pernă +/- genunchi în semiflexie - relaxează musculatura abdominală și reduce durerea ;

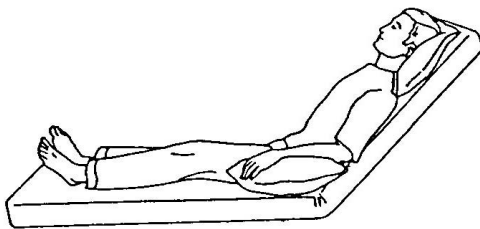


Fig. iii.2. Semi Fowler

- decubit lateral Sims (vezi Fig.2.) reduce presiunea dorsală și durerea de spate;

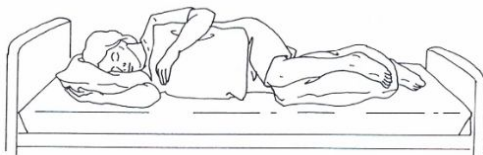


Fig. 2. Decubit lateral Sims

- pernă sub cap (dacă nu este expres contraindicată în caz de leziuni de coloană cervicală).

2.2. Măsurile complementare de creștere a confortului:

- masaj ușor pe spate<sup>5</sup>, aplicarea de împachetări calde sau reci (după caz)
- încurajați tehnicile de relaxare - respirații profunde, vizualizarea unor imagini pozitive, muzică relaxantă în surdina, liniște.
- limitați vizitele în postoperator imediat (!)
- asigurați toaleta regulată a cavității bucale<sup>6</sup>, bucățele de gheață care ameliorează senzația de sete, mici înghițituri de lichid rece (dacă este permis).

### 2.3. Electrostimularea TENS<sup>iv</sup>

TENS (trans cutaneous nerve stimulation) este stimularea nervoasă electrică trans cutanată larg utilizată în kinetoterapie și analgezie. Efectul este complex și multiplu, influențând atât căile de transmitere a durerii la nivelul centrilor medulari cât și favorizând relaxarea musculară și reducerea contracturilor (asociate leziunilor osteo articulare).

## 2.4. Administrații medicația analgezică așa cum este indicat de medicul curant

### A. administrarea intravenoasă<sup>v</sup>

Calea intravenoasă este calea cea mai eficientă, întrucât medicația ajunge rapid și direct la centrul nervos, producând ameliorarea durerii la doze mici.

2.3.1. Administrarea intravenoasă continuă, fie în perfuzie controlată, fie pe injectomat este cea mai eficientă întrucât previne apariția durerii.

Administrarea continuă se asociază cu administrarea de mici doze bolus, la cererea pacientului, care vin să completeze dozele totale pentru a obține un efect analgezic bun.

2.3.2. Administrarea intravenoasă regulată este forma cea mai utilizată dar nu neapărat cea mai bună. Este ușor de utilizat pentru că nu necesită injectomate sau urmărirea continuă a ritmului perfuziei. Administrarea se face la intervale regulate, în perfuzie sau direct i.v.

*N.B. Ca regulă generală evitați administrarea de substanțe medicamentoase nediluate în bolus direct i.v.; micro perfuziile sunt cea mai eficientă și blândă cale.*

### B. Administrarea intramusculară

Nu este o cale eficientă de administrare a medicației, cu risc de producere de hematoame (mai ales că de regulă pacienții internați în spital primesc medicație anticoagulantă) și mai ales dureroasă.

### C. Administrarea orală

Este o cale de administrare comodă, sigură și eficientă. Trebuie să aveți în vedere că unele medicamente se metabolizează în ficat după absorbția în intestin și ca atare pentru a obține efecte analgezice, uneori, doza orală poate fi de 2 - 4 ori mai mare decât doza i.v.

Este foarte bună pentru durerile medii - minore (ziua 3-5 postoperator). Se administrează antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) singure sau în combinație cu opiacee. Cel mai bine este să se administreze la ore bine stabilite, la intervale fixe, de 6 - 8 12 ore funcție de indicațiile produsului, pentru a obține prevenirea apariției durerii decât tratarea acesteia.

D. Analgezia regională interesează spațiul peridural, plexuri nervoase, sau nervi periferici. Analgezia regională, în funcție de durata de acțiune a substanței folosite poate fi de lungă durată (bupivacaina).

În cazul anesteziei peridurale continue pe cateter, substanța anestezică / analgezică se poate administra intermitent sau continuu pe cateterul plasat în spațiul peridural. În cazul administrării de opioide efectele adverse sistemice sunt minime și se obține un blocaj

---

<sup>5</sup> ATENȚIE: masajul membrelor inferioare (gambe) este interzis, putând mobiliza un tromb alb în formare și poate duce la embolie pulmonară!

<sup>6</sup> Vezi capitolul igienă

vasomotor, senzitiv, si motor. N.B. blocajul intercostal elimina spasmul muscular permițând o ventilație satisfăcătoare.

morfină <sup>7</sup> injectabilă Fiole 1 ml, 20 mg/ml adm sc, i.v.	Doză <sup>V,VI</sup> s.c. 0,5 - 1 ml la 4 - 6 - 12 ore i.v. bolus 2-5 mg + 2-10 mg/h	Precauții: urmăriți instalarea somnolenței, urmăriți respirația pacientului.
morfină orală - MST Continus comp 10/30/60 mg	Doză <sup>VI</sup> 1 comprimat de 10 sau 30 mg / 12 ore	Precauții: urmăriți instalarea somnolenței, urmăriți respirația pacientului.
Ibuprofen tablete 200/400/600 mg	Doză <sup>VI</sup> 200mg/4-6 ore	Precauții: nu depășiți 2000 mg/24 ore
Acetaminofen (Paracetamol) tablete 500 mg	Doză <sup>VI</sup> 500mg / 4-6 ore	Precauții: nu depășiți 1g/ doză sau 4 g/24 ore
Acetaminofen (Paracetamol) injectabil Flac. 10 ml, 100mg/ml	Doză <sup>VI</sup> 1g/6-8 ore	Precauții: nu depășiți 4 g/24 ore
Diclofenac tablete 50 mg tablete 100 mg eliberare prelungită	Doză <sup>VI</sup> 50 mg/ 4-6 ore sau Bolus (50 mg +100 mg eliberare prelungită) urmat de 100mg la 12 ore	Precauții: poate da tulburări digestive; întrebați medicul de asocierea cu blocanți H <sub>2</sub> sau pansamente gastrice
Diclofenac injectabil Fiole 3ml, 25mg/ml	Doză <sup>VI</sup> im - 1 fiolă im profund /6-8 h iv. - 1 fiolă 75 mg diluată în ser fiziologic 500 ml se administrează în 30'-2h	Precauții: - evitați administrarea im repetată, treceți cât mai repede la administrare orală; - verificați dacă soluția se poate administra iv! - nu depășiți 150 mg /24 ore.
Tramadol tablete/capsule de 50 mg, 100 mg eliberare prelungită	Doză <sup>VI</sup> : 100 mg/12 ore	Precauții: dezvoltarea de toleranță și/sau dependență la administrare îndelungată Nu depășiți 300 mg/24 ore
Tramadol injectabil fiole 1 ml, 50 mg	Doză <sup>VI</sup> : iv lent (diluat) 50 mg/6-12 ore	Precauții: dezvoltarea de toleranță și/sau dependență la

<sup>7</sup> Antalgicele opioide, narcotice (morfină, petidina) sunt eficiente, cu excepția spasmelor musculare. Nu determina dependenta sub 7-10 zile. Administrarea pe cale generala are efecte adverse: detresă respiratorie, încetinirea motilității gastro-intestinale, vărsături; administrate peridural practic nu au efecte adverse.

	perfuzie 100 mg/500 ml administrat în 30' - 2 ore	administrare îndelungată
Tramadol + Paracetamol tablete 37,5 + 325 mg tablete 75 + 650 mg	Doză <sup>VI</sup> : inițial 75 + 650 mg apoi 37,5+325 mg/12 ore	Precauții: dezvoltarea de toleranță și/sau dependență la administrare îndelungată Nu depășiți 300 mg tramadol/24 ore
Codeină (metilmorfină) tablete 15 mg	Doză analgezică <sup>VI</sup> 30 mg/6-8 ore în asociere cu alte AINS (paracetamol, aspirină, ibuprofen, etc.) <sup>8</sup>	Precauții: poate da dependență Nu depășiți 240mg codeină/24 ore.

---

<sup>i</sup> Matt Vera NursesLabs, 2014

<sup>ii</sup> Dr. Kathryn Bayne, AAALAC NRC [National Research Council] Recognition and Alleviation of Pain and Distress in Laboratory Animals. Washington, D.C.: National Academy Press; 1992

<sup>iii</sup> Mike Hughley, MD, Subcourse MD0556 Edition 100, Academy of Health Sciences ,US Army Medical Dept. San Antonio, Texas

<sup>iv</sup> Josmari M.DeSantana, et all Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for treatment of Hyperalgesia and Pain, Curr Reumatol Rep. 2008 Dec

<sup>v</sup> Cosmin Plăvăț Protocoale de administrare de droguri intravenoase pe injectomat (anexă curs)

---

<sup>8</sup> Asocierea codeină + paracetamol (30+650) este mai eficientă decât tramadol + Paracetamol (75+650) și la fel de eficientă ca ibuprofenul (200 mg)