

MANAGEMENTUL DURERII ÎNTR-O UNITATE DE TERAPIE INTENSIVĂ: EVALUAREA PRACTICII CURENTE

Adrian Belîi¹, Alexandru Solomatin¹, Alexandru Clim¹, Natalia Belîi², Vitalie Casian¹

¹ – Catedra Anesteziologie și Reanimatologie nr. 1, USMF „Nicolae Testemițanu”;

² – rezident în Anesteziologie și Reanimatologie

Summary

Pain management in an intensive care unit: assessment of the actual procedure

This study was carried out on the basis of 506 hospitalization cases during 3 months in a multidisciplinary ICU. The aim of this study was the registration of number of administrated analgesics and the utilized combination of medicines, prescribed to one single patient. The correctness of the medicines combinations prescription was appreciated.

Thereby, 5 NSAID and 4 opioids were identified during the researched period of time. The number of possible analgesic combination was estimated at 180. The prescriptions were considered as “correct” in 64% of cases, as “absolutely incorrect” in 11% of cases, and as “probably correct” (depending on the particular clinical circumstances) in 25% of cases. In conclusion, the improvement of the pain management quality in ICU can be assured only by implementing institutional guidelines, protocols and standards.

Rezumat

Studiul, realizat în baza a 506 cazuri spitalizate pe o durată de 3 luni într-o UTI multidisciplinară, a vizat înregistrarea numărului de analgezice și combinațiilor de medicamente, prescrise la un singur pacient. A fost apreciată corectitudinea combinațiilor de medicamente prescrise.

Astfel, în perioada cercetată au fost utilizate 5 AINS și 4 opioizi. Numărul de asocieri posibile de analgezice a fost estimat la 180. Prescripțiile au fost considerate corecte în 64% din cazuri, absolut incorecte – în 11% din cazuri și probabil corecte (în funcție de circumstanțe clinice individuale) – în 25% cazuri. În concluzie, ameliorarea calității managementului durerii în ICU poate fi asigurată doar prin introducerea de standarde, ghiduri și protocoale clinice instituționale.

Introducere

Puțini dintre oameni vor trece de-a lungul vieții fără să suporte vre-o intervenție chirurgicală, traumatism sau stare de instabilitate a funcțiilor vitale. Unitatea de Terapie Intensivă (UTI) devine, astfel, pentru foarte mulți dintre noi, interfața dintre viață și moarte, compusă din nenumărate intervenții terapeutice, decizii medicale dificile și probleme etice majore. Majoritatea absolută (95%) a celor internați în UTI vor trece experiența unei dureri de intensitate variabilă; în 53-70% din cazuri aceasta fiind raportată drept cea mai atroce experiență, avută vre-o dată [1-3].

Pacientul din UTI este inapt să-și comunice durerea din cauza gravității stării, alterării nivelului de cunoștință, ventilației pulmonare artificiale, sedării, miorelaxării etc. Or, durerea întreține și amplifică răspunsul postagresiv, tradus prin funcție respiratorie alterată [4], condiție circulatorie hiperdinamică [5], pareză intestinală [6], hipercatecolaminemie [7] etc.

Iată de ce o analgezie de calitate este foarte importantă. O analgezie satisfăcătoare se poate obține prin asocieri medicamentoase, în special, de antiinflamatoare non-steroidice (AINS) și opioizi. Totuși, efectul benefic scontat nu depinde atât de tipul de molecule utilizat, cât de modul de organizare și gestiune a procesului de combatere a durerii [8].

Evaluarea retrospectivă a practicilor este indispensabilă identificării unor posibile deficiențe (de altfel, prezente și în cele mai performante sisteme). Datele obținute permit, astfel, nu numai o ameliorare a calității serviciilor acordate, dar și ocazia unei optimizări a relației cost-eficiență și a selectării preparatelor cele mai adaptate misiunilor propuse [9].

În această ordine de idei, ne-am propus scopul de a reflecta practica curentă de management a durerii într-o UTI de profil multidisciplinar, cu identificarea posibilităților de ameliorare a procesului.

Realizarea scopului propus ține de găsirea răspunsului la următoarele întrebări:

1. Ce spectru de medicamente cu viză analgezică utilizăm?
2. Care sunt asocierile de preparate cu viză analgezică?
3. Cât de corecte sunt combinațiile de analgezice prescrise?
4. Care sunt căile de ameliorare a calității managementului durerii în UTI?

Material și metodă

Studiul a fost realizat timp de 3 luni ale anului 2007 în secția Reanimare a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină de Urgență. Lunile au fost selectate aleator (decembrie, martie, august). În perioada nominalizată au fost internați un număr de 506 pacienți. După externarea pacienților din UTI, au fost notate următoarele date din fișele de monitorizare și prescripție:

- Denumirea și numărul de analgezice opioide, administrate pentru fiecare pacient în parte pe durata internării în UTI;
- Idem pentru antiinflamatoarele non-steroidice;

În baza datelor culese, au fost identificate și analizate combinațiile de analgezice prescrise pentru fiecare caz-tratat. Rezultatele sunt comparate cu un referențial de bună practică clinică [10, 11] și prezentate sub formă de date relative.

Rezultate

Datele obținute indică la un număr de 9 analgezice, utilizate în UTI pe durata efectuării studiului (**Tabelul 1**).

Tabelul 1

Analgezicele utilizate în UTI în perioada derulării studiului

	Denumire	Decembrie	Martie	August
AINS	Ketonal, %	18	24	34
	Togesic, %	20	5	26
	Analgina, %	57	71	40
	Dexalgina, %	5	0	0
opioizi	Tramadol, %	1	5	3
	Fentanil, %	27	14	21
	Morfina, %	31	38	43
	Omnopon, %	41	43	13
	Promedol, %	0	0	20

Cota-parte (%) a utilizării analgezicelor au fost calculate pe grupe (AINS, opioizi)

În topul prescrierilor de AINS a fost analgina (40-71%), iar „podiumul” pentru opioizi a fost împărțit de omnopon (13-41%) și morfină (31-43%). Tramadolul și dexalgina au fost utilizate ocazional ($\leq 5\%$). Este de notat o variabilitate importantă a disponibilității diferitor medicamente în funcție de lunile selectate pentru efectuarea studiului.

Practic, fiecare al doilea pacient internat în UTI nu a avut prescris nici un analgezic opioid (**Figura 1**). Restul, au beneficiat de o analgezie, asigurată de 1-2 preparate opioide, iar fiecare al 20^{ea} pacient – chiar de câte 3 medicamente.

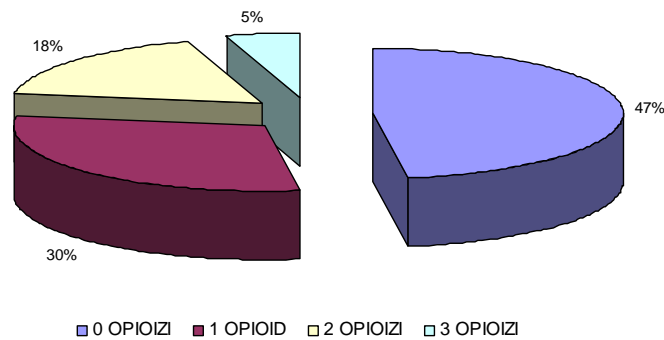


Figura 1. Numărul de analgezice opioide, prescrise la un singur pacient (caz-tratat)

În privința AINS, datele reflectă prescrierea unui singur preparat la 2/3 din pacienți. Totuși, unul din 5 pacienți nu l-a avut în schema lui de tratament, pe când unul din 7 a primit 2 AINS (Figura 2).

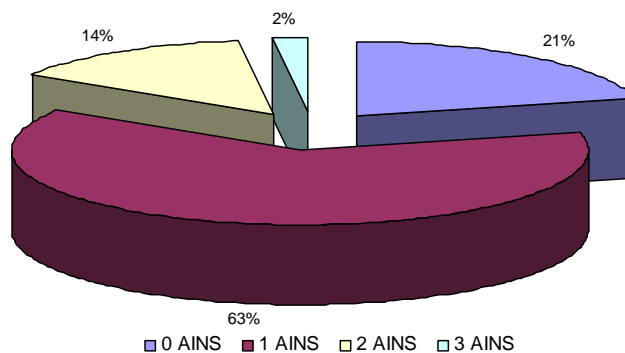


Figura 2. Număr de antiinflamatoare nonsteroidice, prescrise la un singur pacient (caz-tratat)

În ce privește utilizarea combinațiilor dintre AINS și opioizi, acestea au cuprins toate posibilitățile teoretic existente (Tabelul 2).

Tabelul 2
Combi-națiunile identificate dintre AINS și analgezicele opioide (n=506)

	Fara opioizi	1 opioid	2 opioizi	3 opioizi
Fără AINS	19,1%	10,0%	3,8%	1,5%
1 AINS	22,3%	17,0%	8,6%	2,6%
2 AINS	3,3%	4,2%	4,0%	1,2%
3 AINS	0,2%	0,3%	0,5%	1,4%

Observăm, fiecare al cincilea pacient nu a avut nicio prescripție de analgezic pe durata spitalizării în UTI. Combi-națiunile „extreme” din linia „3 AINS” și „3 opioizi” au avut o pondere minoritară – 7,7% în sumă, adică un caz la fiecare 13 pacienți.

Discuții

Un număr de 9 preparate analgezice, reprezentante a 2 mari grupe de preparate – AINS și agoniști opioizi este, în opinia noastră, excesiv. Numai prescrierea asocierii 1 opioid-1 AINS din cele 9 medicamente disponibile produce 20 combinații posibile. Dacă ținem seama că aceste combinații sunt alese arbitrar, iar unul și același pacient poate primi concomitent sau consecutiv 2-3 AINS și/sau opioizi diferiți, atunci numărul de combinații terapeutice posibile se ridică la astronomică cifră de 180. În plus, gestiunea circuitului spitalier al fiecărui preparat se ridică la însăși costul preparatului (adică, costul de gestiune a unei fiole de medicament, cu un preț de 1

Euro, este, la fel, de 1 Euro). Reducerea (argumentată) a numărului de medicamente va reduce, în consecință, și cheltuielile aferente gestiunii lor.

Evident, multe combinații de medicamente, identificate în prescripții, nici nu au fost supuse unei testări a eficienței sau securității clinice. Dacă privim datele din **Tabelul 2** prin prisma bunei practici medicale, atunci combinațiile „extreme” și „0 AINS – 2 opioizi” merită calificativul „absolut incorect”, cu o pondere de 11% din totalul prescripțiilor. Corecte au fost considerate 64% din prescripții (combinațiile „1 AINS – 0 opioizi”, „1 AINS – 1 opioid” și „0 AINS – 1 opioid”. Restul combinațiilor din **Tabelul 2** pot fi considerate a fi, mai degrabă, incorecte. Totuși, scheme de prescriere de tipul „2 AINS – 0 opioizi” pot fi indicate atunci când, de exemplu, se combate o febră rebelă la un singur antiinflamator, sau unul din AINS este paracetamolul, sau alte circumstanțe specifice contraindică prescrierea unui morfinomimetic.

Prezența a 2 preparate opioide în fișa de prescriere a unui pacient internat în UTI (cu excepția motivului unor intervenții iatrogene dureroase) poate fi argumentată în cazul unei durate lungi de spitalizare, ce necesită o perfuzare prelungită de opioid (de exemplu, în ARDS, unde rotația opioizilor diminuează fenomenul de tahifilaxie). De asemenea, dezvoltarea unui fenomen de hiperalgezie morfonică poate servi drept un argument în plus de a schimba preparatul. Totuși, cazurile clinice posibile, care ar argumenta utilizarea combinației „2 opioizi” este mult mai mic decât frecvența înregistrată a asocierii.

Soluția, deci, este în standardizarea procesului și în elaborarea de protocoale instituționale privind managementul durerii într-o unitate de terapie intensivă.

Concluzii

1. Un număr de 9 analgezice (4 AINS și 5 opioizi) diferite au fost utilizate în UTI, cu o importantă variabilitate a disponibilității diferitor medicamente în funcție de timp.
2. A fost identificat un număr de 16 asocieri de analgezice în fișele de prescripție a pacienților.
3. Asocierile de analgezice au fost calificate drept „corecte” la 64% din pacienți, „absolut incorecte” – în 11% și „corecte pentru circumstanțe specifice” – în 25% din cazuri.
4. Ameliorarea procesului poate fi asigurată doar prin standardizarea managementului durerii și introducerea protocoalelor clinice de analgezie.

Bibliografie

1. Ryder E., Ballantyne J. – Postoperative pain in adults. In: The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p. 283;
2. Puntillo K. – Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart and Lung*, 1990; 19:536-33;
3. Brullman F., Guidet B., Maurz E. et al. – Analyse de la perception par les malades de leur séjour en réanimation médicale. *Presse Med.*, 1997; 26: 1956-61;
4. Hall J., Tarala R., Mandar J. – A multivariate analysis of the rise of pulmonary complications after laparotomy. *Chest*, 1991; 99: 923-927;
5. Mangano D., Siliciano D., Hollenberg H. et al. – Postoperative myocardial ischemia. Therapeutic trials using intensive analgesia following surgery. *Anesthesiology*, 1992; 76: 342-353;
6. Liu S., Carpenter R., Mackey D. et al. – Effect of perioperative analgesic technique on rate of recovery after colon surgery. *Anesthesiology*, 1995; 83: 757-765;
7. Wallase A., Layung B., Tateo I. et al. – Prophylactic atenolol reduces postoperative myocardial ischemia. *Anesthesiology*, 1998; 88: 7-17;
8. Fontaine A., Larue F., Monin S. – Improving the quality of pain management: a methodological framework. *Pain in Europe*, II Congress of the European Federation of IASP Chapters, Barcelona, Spain, 1997; EFIC, pp. 61-63;
9. American Pain Society Quality of Care Committee – Quality improvement guide-lines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA*, 1995; 274: 1874-1880;
10. Durerea acută Postoperatorie. Recomandările ESRA, SRATI, SRAR pentru anesteziști, chirurghi și asistente (www.srar.ro);
11. Ballantine J. – The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management, Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p. 87-124.