

Η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και ο βαθμός ανταπόκρισής της στις ανάγκες των ασθενών

Γιώργος Φιλιππάτος,

Νοσηλεύτης ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο πόνος αποτελεί την κυριότερη αιτία προσέλευσης των ασθενών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Η θεραπεία του όμως τις περισσότερες φορές είναι ανεπαρκής με κύριο χαρακτηριστικό την υποεκτίμηση και την υποθεραπεία.

Σκοπός: Να προσδιοριστούν οι πρακτικές διαχειρίσεις του πόνου και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά τους στην ανακούφιση του ασθενή. Επίσης να καθοριστεί η επιθυμητή διαχείριση και ανακούφιση σύμφωνα με τις προσδοκίες των ασθενών για μείωση της έντασης του πόνου τους και την επιθυμία χορήγησης αναλγησίας.

Υλικό-μέθοδος: Αναδρομική περιγραφική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενός Γενικού Νοσοκομείου Αττικής κατά την διάρκεια γενικών εφημεριών Ιουνίου-Ιουλίου 2009. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίων (είσοδος-έξοδος) και με επακόλουθη ανάλυση διαγραμμάτων. Η ένταση του πόνου αυτοαξιολογήθηκε με την 11-βαθμια αριθμητική κλίμακα. Το υλικό αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς ηλικίας 14 ετών και άνω με ικανότητα κατανόησης ερωτηματολογίου και ασθενείς μη απειλητικές για την ζωή.

Αποτελέσματα: Στην μελέτη συμμετείχαν 247 ασθενείς ηλικίας 38.5 ± 15.3 ετών. Η μέση ένταση πόνου κατά την είσοδο ήταν 7.2 ± 1.9 και κατά την έξοδο 5.0 ± 2 . Η ένταση του πόνου έμεινε αμετάβλητη για το 35,5% των ασθενών. Η μέση ένταση πόνου που επιθυμούσαν να αποχωρήσουν οι ασθενείς ήταν 2.5 ± 1.3 η οποία απέκλινε περισσότερο των δυο μονάδων για το 90% των ασθενών σε σχέση με την ένταση εξόδου. Στο 68% των ασθενών που επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού δεν χορηγήθηκε. Κανένας ασθενής δεν είχε τεκμηριωμένη εκτίμηση έντασης πόνου στο διάγραμμα του και μόλις 6% είχε έγγραφη χορήγηση αναλγητικού.

Συμπεράσματα: Οι επικρατούσες πρακτικές διαχειρίσεις του πόνου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών έχουν πενιχρά αποτελέσματα στην ανακούφιση του ασθενή και απέχουν από τις ανάγκες και τις προσδοκίες του.

Λέξεις-κλειδιά: Διαχείριση πόνου, ολιγοαναλγησία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, προσδοκίες ασθενών, ικανοποίηση ασθενών.

Εισαγωγή

Ο πόνος αποτελεί την πρωταρχική αιτία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για έναν στους δυο ασθενείς (Cordell et al 2002, Pletcher et al 2008) και την συχνότερη ενόχληση/συμπτώμα για το 78% των επισκέψεων ποι-

κίλης αιτιολογίας (Tanabe and Buschmann 1999, Karwowski-Soulie et al 2006). Καθολική είναι η παρουσία του πόνου σε κέντρα τραύματος (Berben et al 2008) ενώ αξιοσημείωτη είναι η συχνότητα του πόνου στην επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα (McLean et al 2002, Galinski et al 2010).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Λεπτομέρειες εγγεγραμμένων ασθενών

| | |
|---|-------------|
| Σύνολο ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ | 4587 |
| Σύνολο ασθενών με πόνο | 2949 (64%) |
| Σύνολο ασθενών που δεν τηρούσαν τα κριτήρια | 2127 (72%) |
| I. Ηλικία ≤ 14 ετών | 394 (18,5%) |
| II. Γλώσσα | 288 (13,6%) |
| III. Φυσική και διανοητική ανικανότητα | 27 (1,3%) |
| IV. Ψυχιατρικές διαταραχές | 38 (1,8%) |
| V. Πόνος ισχαιμικής αιτιολογίας | 204 (9,6%) |
| VI. Εγκυμοσύνη | 269 (12,6%) |
| VII. GCS < 15 | 115 (5,5%) |
| VIII. Κακοποίηση | 16 (0,7%) |
| IX. Κρατούμενοι | 35 (1,6%) |
| X. Άρνηση συμμετοχής | 741 (34,8%) |
| Σύνολο ασθενών που τηρούσαν τα κριτήρια | 822 (28%) |
| I. Ανεπαρκή στοιχειά ερωτηματολογίου | 208 (25,3%) |
| II. Ανεπαρκή στοιχειά ιστορικού | 182 (22,1%) |
| III. Αποχώρηση πριν την ολοκλήρωση της εξέτασης | 68 (7,4%) |
| IV. Δεν ανευρέθησαν | 117 (14,2%) |
| Σύνολο εγγεγραμμένων συμμετεχόντων | 247 (30%) |

Η διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ με κύριο χαρακτηριστικό την απουσία ή την ελλιπή εκτίμηση και την περιορισμένη χρήση μεθόδων αναλγησίας αποδεικνύεται ανεπαρκή στην ανακούφιση των ασθενών (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie F et al 2006, Todd et al 2007). Οι περισσότερες έρευνες εστιάζονται στα χαμηλά ποσοστά αναλγησίας (Kozlowski et al 2002, Johnston et al 2005), την υποδοσολογία (Goldman et al 2008), και τις αξιοσημείωτες καθυστερήσεις (Grant 2006). Ωστόσο το φαινόμενο της ολιγοαναλγησίας (Wilson and Pendleton 1989) δεν παρατηρήθηκε σε τόσο μεγάλη έκταση σε ΤΕΠ αγροτικής περιοχής (Vlahaki and Milne 2008) και σε κέντρα τραύματος (Probst et al 2005, Mader et al 2006, Chisholm et al 2008).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την επικρατούσα κατάσταση της υποθεραπείας του πόνου διακρίνονται σε εμπόδια που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, με το υγειονομικό σύστημα και τους ασθενείς (Duignan and Dunn 2008). Στο νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνονται μεγάλα γνωστικά ελλείμματα σχετικά με τις στρατηγικές διαχείρισης του πόνου (Tanabe and Buschmann 2000, Jastzab et al 2003, Van Hulle Vincent 2005, Tsai et al 2007) και υποεκτίμηση του βαθμού έντασης του πόνου του ασθενή (Puntillo et al 2003, Duignan and Dunn 2008, Davoudi et al 2008).

Στην παρούσα μελέτη επιχειρείται η καταγραφή της υφιστάμενης πρακτικής διαχείρισης του πόνου στο ΤΕΠ και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της στη ανακούφιση του ασθενή. Επίσης αποτυπώνο-

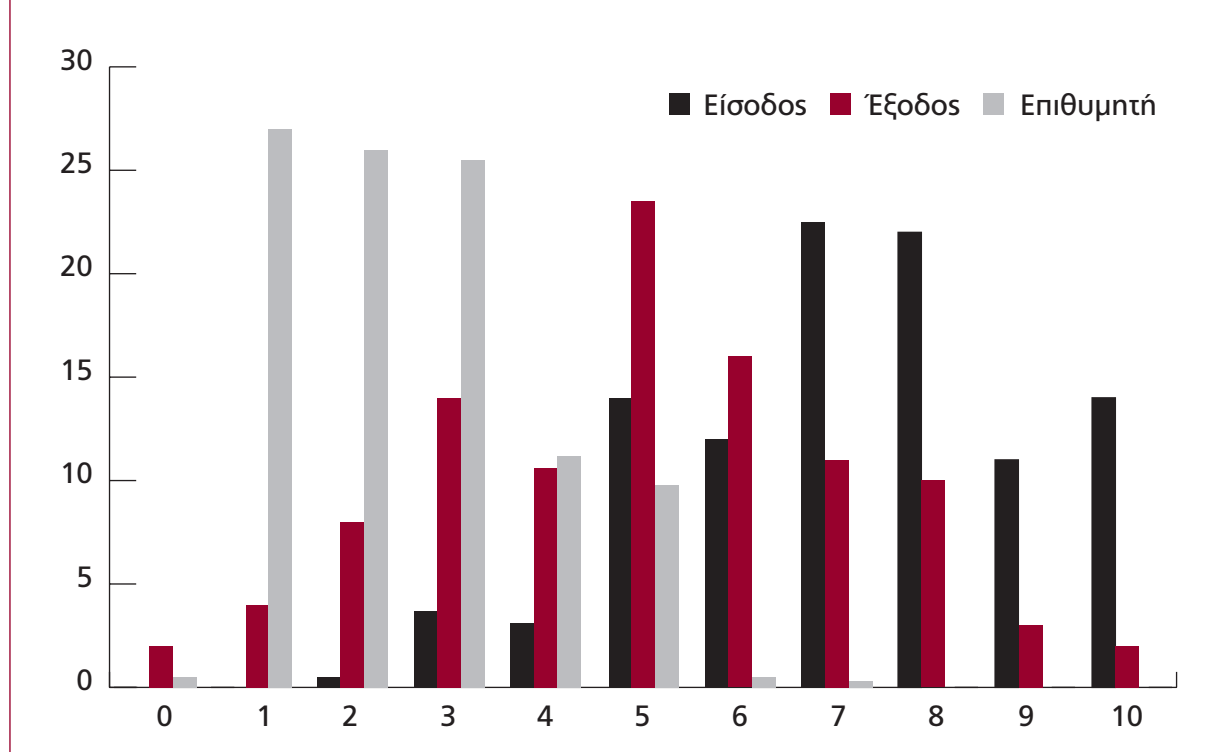
νται οι προσδοκίες των ασθενών για την μείωση της έντασης του πόνου τους και την επιθυμία αναλγητικής διαχείρισης σε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί το μέγεθος της απόκλισης ανάμεσα στην πραγματική και την επαρκή διαχείριση πόνου.

Υλικό-Μεθοδος

Για τις ανάγκες της μελέτης σχεδιάστηκε μια αναδρομική περιγραφική έρευνα βασισμένη στην διεθνή βιβλιογραφία (Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007, Fosnocht et al 2004) η οποία περιελάμβανε την συμπλήρωση ερωτηματολογίου κατά την είσοδο και την έξοδο από τα ΤΕΠ και την επακόλουθη ανάλυση του ιατρονοσηλευτικού ιστορικού. Το δείγμα αποτέλεσαν όλοι οι ασθενείς με πόνο που προσήλθαν στο ΤΕΠ ενός Γενικού Νοσοκομείου Δυτικής Αττικής και δεν άνηκαν στα κριτήρια αποκλεισμού (Πίνακας 1). Η συλλογή των στοιχείων ξεκίνησε κατόπιν έγκρισης του ερευνητικού πρωτοκόλλου από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε κατά την διάρκεια γενικών εφημεριών Ιουνίου-Ιουλίου 2009.

Η διαδικασία περιελάμβανε αρχικά την ενημέρωση των ασθενών για τον σκοπό της έρευνας στον χώρο διαλογής των περιστατικών και στην συνέχεια την διανομή του ερωτηματολογίου κατόπιν έγγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής των ενδιαφερομένων ασθενών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούταν σε δυο χρονικές στιγμές: την είσοδο και την έξοδο από τα ΤΕΠ. Οι ερωτήσεις περιελάμβαναν αυτο-

ΕΙΚΟΝΑ 1: Κατανομή πόνου ανά βαθμό έντασης



αξιολογήσεις της έντασης του πόνου, αυτοαναφορές για την αναλγητική διαχείριση και τον βαθμό ικανοποίησης από την διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ.

Η διαδικασία ολοκληρωνόταν με συμπλήρωση από τον ερευνητή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του ασθενή, των χαρακτηριστικών του πόνου, της διαχείρισης του πόνου (εκτίμηση-θεραπεία) και της διάγνωσης σύμφωνα με το ιατρονοσηλευτικό διάγραμμα του ασθενή.

Η αξιολόγηση της έντασης του πόνου έγινε με την 11-βαθμια αριθμητική κλίμακα (11-NRS) και ο βαθμός ικανοποίησης με την 5-βαθμια κλίμακα Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-παρα πολύ). Η διάγνωση κατά την έξοδο κατηγοριοποιήθηκε με βάση την διεθνή ταξινόμηση ICD-10 και τα αναλγητικά ομαδοποιήθηκαν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες (παρακεταμόλη-ΜΣΑΦ-οπιοειδή). Ως ελάχιστα κλινικά σημαντική διάφορα ορίστηκε μια αλλαγή στην ένταση του πόνου ίση ή μεγαλύτερη των 2 μονάδων (Todd et al 2007). Ο χρόνος αναλγησίας συγκρίθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συλλόγου Επείγουσας Ιατρικής του Ενωμένου Βασιλείου.

Στατιστική επεξεργασία

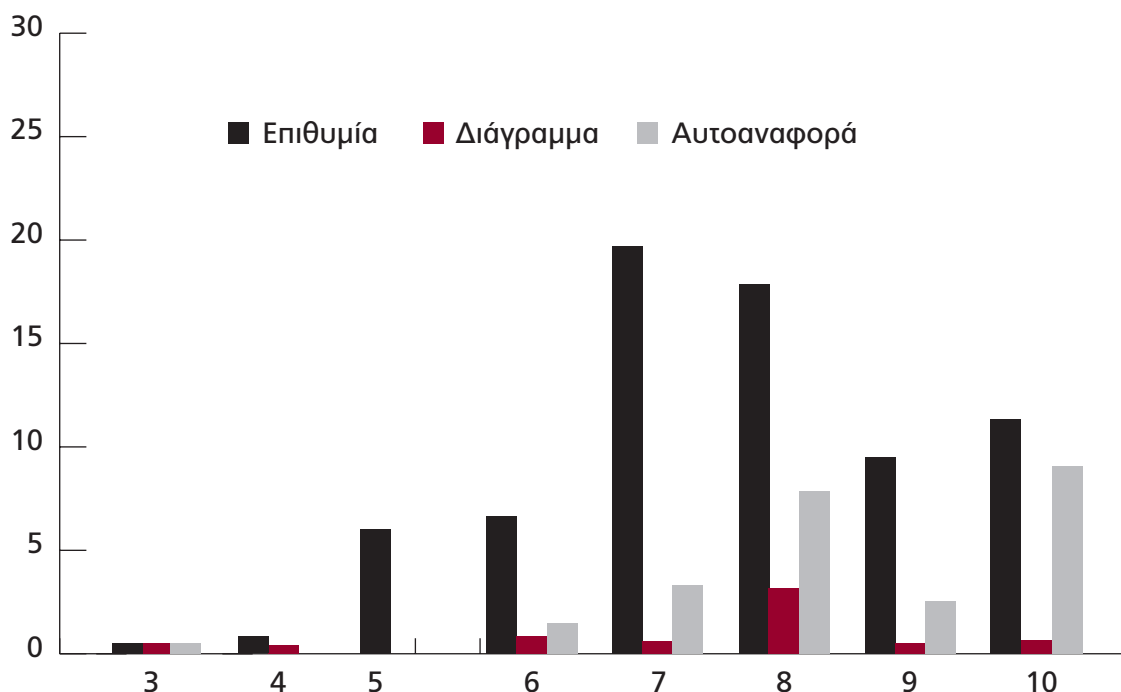
Στην περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες για την απεικόνιση χαρακτηριστικών και μέση

τιμή, τυπική απόκλιση και εύρος για την απεικόνιση των εντάσεων. Ο έλεγχος της κατανομής των συχνότητων διαφόρων κατηγορικών μεταβλητών ανά κατηγορίες άλλων μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με έλεγχο χ^2 . Οι διαφορές στην ένταση του πόνου ανά επίπεδα διτόμης κατηγορικής μεταβλητής πραγματοποιήθηκε με t-test και Mann-Whitney test όταν αυτές ακολουθούν ή όχι την κανονική κατανομή αντίστοιχα. Ο έλεγχος της κατανομής έντασης πόνου ανάμεσα σε ομάδες ασθενών πραγματοποιήθηκε με one-way ANOVA.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατηγορίες διαγνώσεων εξόδου από τα ΤΕΠ σύμφωνα με ICD-10

| | |
|--|------------|
| Τραύμα | 99 (40,1%) |
| Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος | 41 (16,6%) |
| Παθήσεις νευρικού συστήματος | 23 (9,3%) |
| Συμπτώματα-φυσικά σημεία | 22 (8,9%) |
| Παθήσεις πεπτικού συστήματος | 17 (6,9%) |
| Παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος | 14 (5,6%) |
| Παθήσεις οφθαλμού-ωτός | 9 (3,7%) |
| Παθήσεις κυκλοφοριακού συστήματος | 6 (2,4%) |
| Άλλες παθήσεις | 16 (6,5%) |

ΕΙΚΟΝΑ 2: Χορήγηση αναλγητικών ανά βαθμό έντασης πόνου



Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση στατιστικού πακέτου SPSS v16.

Αποτελέσματα

Στην μελέτη εγγράφηκαν 247 ασθενείς που αντιπροσωπεύει το 30% των ασθενών που τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής (Πίνακας 1). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $38.5 \pm 15,3$ έτη και το 54% των συμμετεχόντων ήταν άντρες. Η πλειοψηφία των ασθενών (87%) ήταν ελληνικής καταγωγής. Ο πόνος ήταν η κύρια αιτία προσέλευσης για το 80% των ασθενών και είχε προκληθεί εξαιτίας τραυματισμού για το 40,1% (Πίνακας 2).

Η μέση ένταση πόνου κατά την είσοδο ήταν 7.2 ± 1.9 με το 50% των ασθενών να αναφέρει μέτριο και το 46% ισχυρό πόνο. Στην έξοδο η μέση ένταση πόνου ήταν 5.0 ± 2.1 με το 60% των ασθενών να αποχωρεί με μέτριο και το 14% με ισχυρό πόνο (Εικόνα 1). Η ένταση πόνου παρέμεινε αμετάβλητη για το 33% των ασθενών ενώ αυξήθηκε για το 2,5% των ασθενών. Μόνο 33% των ασθενών βίωσε κλινικά σημαντική μείωση της έντασης του πόνου του ($NRS \geq 2$).

Οι ασθενείς προσδοκούσαν να αποχωρήσουν από το ΤΕΠ αν η πλήρη ανακούφιση δεν ήταν εφικτή με μέση ένταση πόνου 2.5 ± 1.3 (Εικόνα 1) και μέσο χρόνο για την επίτευξη του 59 ± 47 λεπτά. Η μέση επιθυμητή ένταση πόνου κατά την έξοδο δεν διαφοροποι-

ούταν σύμφωνα με το φύλο ($p=0.098$) ή την τραυματική ή όχι αιτιολογία του πόνου ($p=0.094$). Οι προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν με απόκλιση ως 2 μονάδες ($NRS \leq 2$) μόλις στο 10,3% αυτών.

Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε τεκμηριωμένη εκτίμηση της έντασης του πόνου με χρήση κλιμάκων στο ιατρονοσηλευτικό του διάγραμμα. Μόλις 6% είχε καταγεγραμμένη χρήση αναλγητικού (Εικόνα 2) χωρίς χρονικό προσδιορισμό χορήγησης του. Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη κατηγορία αναλγητικών ήταν τα ΜΣΑΦ με 63% ενώ η οποιοσδήποτε αναλγησία περιοριζόταν στο 1%. Σε όλους σχεδόν τους ασθενείς (99%) προτιμήθηκε η ενδομυϊκή χορήγηση αναλγησίας.

Σύμφωνα με την αναφορά του ασθενή κατά την έξοδο το ποσοστό χορήγησης αναλγησίας ανερχόταν στο 25% (Εικόνα 2) με μέσο αντιληπτό χρόνο 55 ± 22 λεπτά. Κανένας από τους ασθενείς με μέτριο πόνο δεν έλαβε από του στόματος αναλγησία στην διαλογή και μόλις 5,5% των ασθενών με ισχυρό πόνο έλαβε αναλγησία (ενδομυϊκά) εντός 20 λεπτών από την άφιξη τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συλλόγου Επείγουσας Ιατρικής της Μεγάλης Βρετανίας.

Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 70% επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού για την ανακούφιση του πόνου του (Εικόνα 2). Το 24% των ασθενών επιθυμούσε την λήψη αναλγητικού από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την διαλογή πριν την ιατρική εξέτα-

ση. Η επιθυμία χορήγησης αναλγητικού επηρεαζόταν από την ένταση του πόνου κατά την είσοδο ($p < 0.001$). Μόνο 32% των ασθενών που επιθύμησαν την χορήγηση αναλγητικού και 7% των ασθενών που δεν επιθυμούσαν τελικά έλαβαν αναλγητικό.

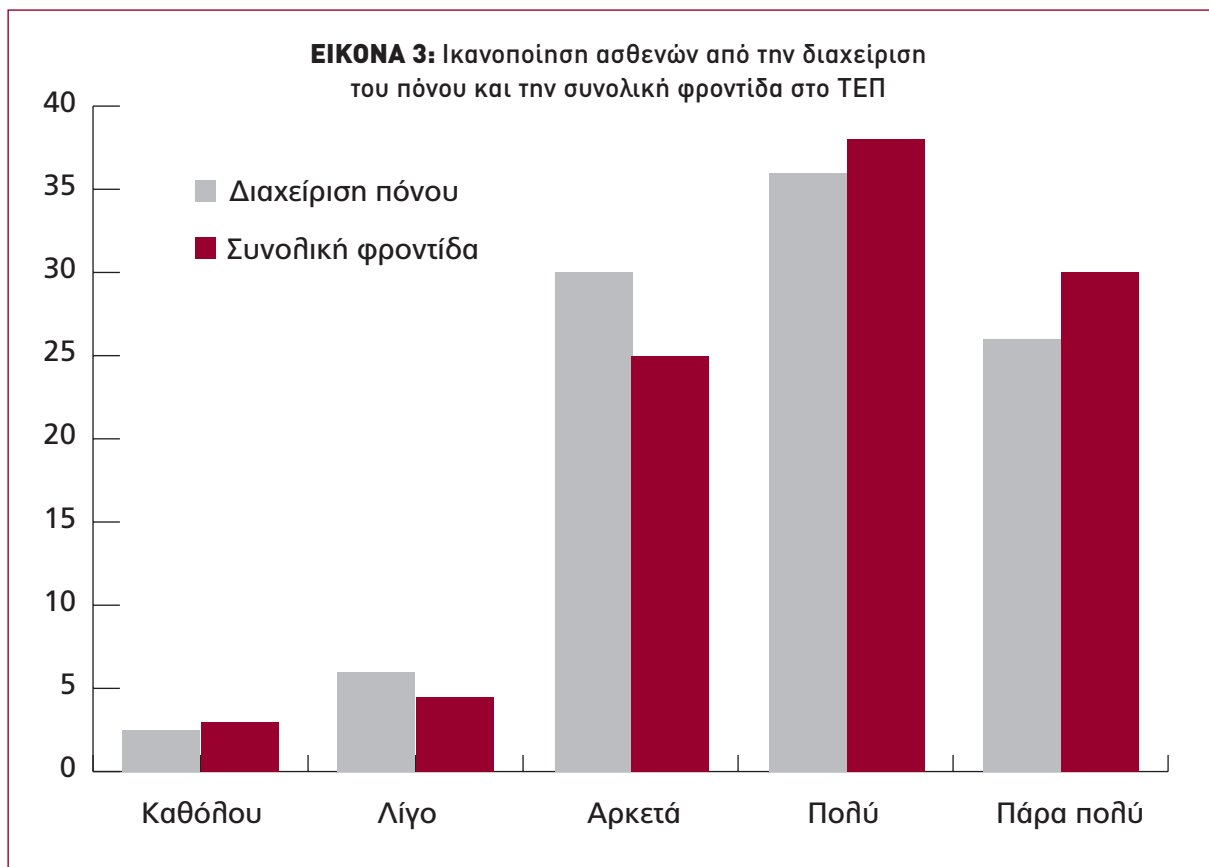
Παρά την περιορισμένη ανακούφιση η οποία δεν ανταποκρινόταν στις προσδοκίες των ασθενών το 63% ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την διαχείριση του πόνου τους. Ελαφρώς υψηλότερα σε ποσοστό 69% αξιολόγησαν την συνολική φροντίδα του προβλήματός τους στο ΤΕΠ (Εικόνα 3).

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη αναδεικνύεται ότι η διαχείριση του πόνου στο ΤΕΠ είναι ανεπαρκής καθώς σύμφωνα με την αυτοαναφορά των ασθενών τα 2/3 αποχωρούν με μέτριο ή ισχυρό πόνο. Το ίδιο ακριβώς ποσοστό (74%) διαπιστώθηκε σε ασθενείς με μέτριο έως ισχυρό πόνο (NRS > 3), ηλικίας 8 ετών και άνω οι οποίοι προσήλθαν σε 17 ΤΕΠ των ΗΠΑ και 3 ΤΕΠ του Καναδά (Todd et al 2007). Σε παρόμοια έρευνα το 78% των ασθενών βιώνει μέτριας ή ισχυρής εντάσεως πόνο κατά την έξοδο από ΤΕΠ της Γαλλίας (Karwowski-Soulie et al 2006) και οι μισοί από τους ασθενείς 2 πανεπιστημιακών νοσοκομείων των ΗΠΑ (Todd et al 2002).

Η αρχή της κακοδιαχείρισης του πόνου στα ΤΕΠ φαίνεται να είναι η απουσία τεκμηριωμένης εκτίμησης της έντασης του πόνου. Πράγματι σε κανένα ιατρονοσηλευτικό διάγραμμα δεν υπήρχε εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενή ούτε κατά την διαλογή ούτε κατά την έξοδο από τα ΤΕΠ γεγονός που εξηγείται από την απουσία ενσωματωμένων κλιμάκων εκτίμησης πόνου. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συμβατό με 2 προηγούμενες έρευνες όπου στην πρώτη δεν υπήρχε καμιά εκτίμηση πόνου στο ιατρικό ιστορικό και μόλις 7% στο νοσηλευτικό ιστορικό (Guru and Dubinsky 2000) ενώ στην δεύτερη το ποσοστό εκτίμησης δεν ξεπερνούσε το 23% των ασθενών (Eder et al 2003). Η διαπίστωση για την εκτίμηση του πόνου από το νοσηλευτικό προσωπικό στα ΤΕΠ είναι ότι τις περισσότερες φορές περιορίζεται στο άκουσμα της περιγραφής του πόνου από τον ασθενή κατά την προσέλευση του ενώ επακόλουθες επανεκτιμήσεις γίνονται μόνο κατόπιν παραπόνων τους για ανεπαρκή ανακούφιση (Blank et al 2001).

Το δεύτερο κομβικό σημείο της υποθεραπείας του πόνου στο ΤΕΠ της μελέτης είναι η απροθυμία χορήγησης αναλγησίας όπου η συνταγογράφηση στο διάγραμμα του ασθενή είναι αρκετά περιορισμένη ενώ σε ανάλογες έρευνες τα ποσοστά τεκμηριωμένης χορή-



γησης αναλγησίας σε ασθενείς με πόνο ποικίλης αιτιολογίας κυμαίνεται μεταξύ 27-60% (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007). Ιδιαίτερα η οπιοειδής αναλγησία ήταν σχεδόν ανύπαρκτη με λιγότερο από 1% το οποίο απέχει από το 7,6% των ασθενών που έλαβαν παρεντερικά οπιοειδή σε ΤΕΠ της Αυστραλίας (Arendts and Fry 2006) και το 8,2% των ασθενών που έλαβε μορφίνη σε ΤΕΠ της Αγγλίας (Forero et al 2008).

Η στατιστικά σημαντική διάφορα ($p < 0.001$) ανάμεσα στην αυτοαναφορά του ασθενή και το ιστορικό του για την λήψη αναλγητικού κατά την παραμονή του στα ΤΕΠ δεν βελτίωσε το φαινόμενο της ολιγοαναλγησίας. Αυτή η ασυμφωνία είχε διαπιστωθεί προγενέστερα σε μεγαλύτερη έκταση με τους γιατρούς να χορηγούν αναλγησία στο 79,9% των ασθενών αλλά να το καταγράφουν στο 31,7% των ιστορικών τους γεγονός που τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η αναδρομική ανάλυση διαγραμμάτων δεν αποτελεί επαρκή αντιπροσωπεύση της αναλγητικής διαχείρισης στα ΤΕΠ (Chisholm et al 2008).

Επίσης η περιορισμένη χρήση αναλγητικών δεν δικαιολογείται από την απροθυμία των ασθενών να λάβουν αναλγητικό την οποία διαπίστωσαν σε 392 ασθενείς ΤΕΠ όπου οι μισοί ασθενείς με μέση αρχική ένταση πόνου 7.1 (SD=2) δεν επιθυμούσαν την λήψη αναλγητικού για την αντιμετώπιση του πόνου τους ενώ σε αυτούς που επιθυμούσαν το 81% (95% CI 75% to 86%) έλαβε αναλγητικό. Η προσθήκη και της προσωπικής ευθύνης του ασθενή για τον τρόπο διαχείρισης του πόνου του σχετικά με την λήψη αναλγητικών ήταν η άποψη που προτάθηκε από αυτήν την ερευνά (Singer et al 2008).

Μια άλλη διάσταση της αναλγητικής διαχείρισης είναι η διάρκεια αναμονής από την διαλογή μέχρι την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων όπου σύμφωνα με την αυτοαναφορά του ασθενή ήταν περίπου μια ώρα. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι συμβατό με προηγούμενες έρευνες στις οποίες κυμαίνεται από 46-116 λεπτά (Todd et al 2002, Karwowski-Soulie et al 2006, Todd et al 2007). Ωστόσο απέχει από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Βρετανικού Συνδέσμου Επείγουσας Ιατρικής σύμφωνα με τις οποίες πρέπει να χορηγείται κατάλληλη αναλγησία εντός 20 λεπτών σε ασθενείς με ισχυρό πόνο και κατά την διαλογή σε ασθενείς με μέτριο πόνο, όπου τύχχαναν εφαρμογής μόλις στο 1% των ασθενών της μελέτης. Σε ερευνά σε ΤΕΠ της Αγγλίας η μέση διάρκεια αναμονής για χορήγηση αναλγησίας σε ασθενείς με μέτριο ή ισχυρό πόνο ήταν 106 λεπτά και οι κατευθυντήριες οδηγίες εφαρμόστηκαν μόλις στο 32% των ασθενών (Grant 2006).

Η επάρκεια ή όχι της θεραπείας του πόνου στα ΤΕΠ δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο σε αλλαγές στην ένταση του πόνου ή στην χορήγηση φαρμάκων αλλά θα πρέπει να εστιάζεται στην εκπλήρωση των αναγκών

των ασθενών για ανακούφιση από τον πόνο. Μια ένταση πόνου 2.5 μονάδων στην αριθμητική κλίμακα κατά την έξοδο από τα ΤΕΠ ήταν ανεκτή για τους ασθενείς της μελέτης προσφέροντας επαρκή ανακούφιση. Με την 100mm αναλογική κλίμακα, η ανεκτή κατά τον ασθενή ένταση πόνου είναι 33mm (Blank et al 2001) ενώ η μέση επιθυμητή ανακούφιση στην ίδια κλίμακα, όπου το αριστερό άκρο (0mm) αντιστοιχεί σε απουσία ανακούφισης και το δεξί άκρο (100mm) σε απόλυτη ανακούφιση, είναι 72mm (95% CI 70-74). (Fosnocht et al 2004).

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς αποχωρούσαν με διπλάσια ένταση πόνου από την οποία επιθυμούσαν αν δεν ήταν εφικτή η πλήρη ανακούφιση ενώ η διαφορά ανάμεσα στην πραγματική και την επιθυμητή ανακούφιση ήταν μεγαλύτερη των 2 μονάδων στην αριθμητική κλίμακα για στην συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών. Αντίστοιχα σε ασθενείς με κοιλιακό άλγος μόλις το 14,6% των ασθενών βίωσε την ανακούφιση που επιθυμούσε στα ΤΕΠ (Yee et al 2006).

Παρά την ανεπαρκή ανακούφιση διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με την διαχείριση του πόνου τους και με την συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος για το οποίο προσήλθαν. Το παράδοξο αυτό φαινόμενο το οποίο έχει διαπιστωθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Todd et al 2002, Todd et al 2007) οδήγησε στην αμφισβήτηση της αποκλειστική συμβολή της ανακούφισης του πόνου στην ικανοποίηση του ασθενή. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι η ανακούφιση του πόνου αναφέρεται στην διακύμανση της έντασης του συμπτώματος ενώ η ικανοποίηση στην προσωπική εκτίμηση των υπηρεσιών υγείας και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Dawson et al 2002).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας γεννιέται η ανάγκη για την λήψη μέτρων που έχουν ήδη προταθεί και εφαρμοστεί σε άλλες χώρες όπως η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Augarten et al 2006, Decosterd et al 2007), η ενσωμάτωση μιας κλίμακας πόνου δίπλα από τα υπόλοιπα ζωτικά σημεία (Nelson et al 2004, Silka et al 2004, Thomas and Andruszkiewicz 2004) και η εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών από διεθνείς οργανισμούς όπως η Κοινή Επιτροπή Πιστοποίησης του Οργανισμού Υγειονομικής Περιθαλψης (JCAHO 2001 guidelines), και ο Σύλλογος Επείγουσας Ιατρικής της Μεγάλης Βρετανίας (CEM 2004 guidelines).

Στην αναστροφή της επικρατούσας κατάστασης με την ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στο οποίο εκχωρείται η ευθύνη για την εφαρμογή πρωτοκόλλων αντιμετώπισης του πόνου (Fry and Holdgate 2002, Fry et al 2004, Kelly et al 2005, Tamchès et al 2007, Viallon et al 2007). Άλλωστε η προκύπτουσα σύσταση από την κακοδιαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καθή-

κον να επιβεβαιώνει ότι η ανακούφιση του πόνου δόθηκε στους ασθενείς (Teauby 2003).

Περιορισμοί μελέτης

Στην μελέτη δεν συμπεριελήφθηκε ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που δεν τηρούσαν τα κριτήρια ενώ σε συνδυασμό με το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής καθιστούν δύσκολη την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Στις πρακτικές διαχείρισης του πόνου δεν καταγράφηκε η συνταγογράφηση αναλγητικών στην έξοδο καθώς επίσης και η λήψη αναλγητικών πριν την προσέλευση στα ΤΕΠ το οποίο θα μπορούσε να επηρεάσει την επιθυμία των ασθενών για λήψη αναλγητικού και την απόφαση του ιατρικού προσωπικού για χορήγηση αναλγητικού. Ένας επιπλέον περιορισμός ήταν η απουσία ώρας χορήγησης αναλγησίας στο διάγραμμα του ασθενή το οποίο ίσως δεν μας επιτρέπει την ακριβή μέτρηση του χρόνου αναμονής για χορήγηση αναλγησίας το οποίο προσδιοριστικό με βάση τον αντιληπτό από τον ασθενή

χρόνο αναμονής. Για το λόγο αυτό δεν συγκρίναμε τον πραγματικό με τον επιθυμητό χρόνο για χορήγηση αναλγησίας. Τέλος δεν ερευνήθηκε η χρήση τοπικών αναισθητικών και άλλων μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για την μείωση του πόνου επειδή δεν καταγράφονται στο διάγραμμα του ασθενή

Συμπεράσματα

Η διαχείριση του πόνου στο ΤΕΠ χαρακτηρίζεται από παντελής έλλειψη εκτίμησης της έντασης του πόνου, από περιορισμένη χρήση αναλγητικών και παρατεταμένη αναμονή για την χορήγηση τους. Οι επικρατούσες αυτές πρακτικές διαχείρισης του πόνου έχουν πενιχρά αποτελέσματα στην ανακούφιση του ασθενή και τα οποία δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να αναδείξουν το θέμα και να τοποθετήσουν την διαχείριση του πόνου στα ΤΕΠ σε πιο προεξέχουσα θέση με περαιτέρω αλλαγές στην δομή και την λειτουργία του.

ABSTRACT

ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of pain management in the Emergency Department and the degree of responsiveness to the patient's needs.

George Filippatos, RN, MSc, General Hospital of Elefsina 'Thriassio'.

Introduction: Pain is the main reason for out patients visitation to the Emergency Department. Pain management however in most cases is inadequate due to underestimation and inefficient treatment.

Aim: Identifying pain management practices and assess their effectiveness in pain relief. We also desire to identify the best pain management care plan to effectively reduce the patient's pain and need for analgesic drugs.

Method: A study was conducted at the General Hospital of Attica, Emergency department during June and July of 2009. Data was completed by the collection of questionnaires (arrival / discharge) of all patients aged 14 and over whose illness was not life threatening and had the ability to understand and answer the questionnaire, and also with the patients analysis charts. Pain intensity was evaluated with an 11 point numerical pain scale.

Results: 247 patients participated in the study with a mean age 38.5 ± 15.3 years. The mean pain intensity on arrival was 7.2 ± 1.9 and at discharge 5.0 ± 2 . Pain intensity was unchanged for 35.5% of patients during their visit to the ED. Patients were expected to leave the emergency department with a mean pain intensity of 2.5 ± 1.3 , which deviates more than 2 points for 90% of the patients concerning pain intensity on discharge. In 68% of patients who should have been administered analgesics, they were not administered. Not one of the patients had their pain intensity documented and less than 6% were recorded to have been administered pain relief.

Conclusions: The results showed a poor response in pain relief due to prevailing practice of pain management in the Emergency Department and a lack of assessment of the needs and expectations of the patient.

Key words: Pain management, oligoanalgesia, emergency department, patient expectation, patient satisfaction

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Arendts G, Fry M., 2006. Factors associated with delay to opiate analgesia in emergency departments. *The Journal of pain* 7 (9), 682-6
- Augarten A, Zaslansky R, Matok Pharm I, Minuskin T, Lerner-Geva L, Hirsh-Yechezkel G, Ziv A, Shavit I, Yativ N, Keidan I., 2006. The impact of educational intervention programs on pain management in a pediatric emergency department. *Biomedicine Pharmacotherapy* 60 (7), 299-302.
- Berben SA, Meijs TH, van Dongen RT, van Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ, van Achterberg T., 2008. Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury* 39 (5), 578-85
- Blank FS, Mader TJ, Wolfe J, Keyes M, Kirschner R, Provost D., 2001. Adequacy of pain Assessment and Pain Relief and Correlation of Patient Satisfaction in 68 ED fast-track Patients. *Journal of Emergency Nursing* 27 (4), 327-334
- Campbell P, Dennie M, Dougherty K, Iwaskiw O, Rollo K., 2004. Implementation of an ED protocol for pain management at triage at a busy Level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing* 30 (5), 431-8.
- Chisholm CD, Weaver CS, Whenmouth LF, Giles B, Brizentine EJ., 2008. A Comparison of Observed Versus Documented Physician Assessment and Treatment of Pain: The Physician Record Does Not Reflect the Reality. *Annals of Emergency Medicine* 52 (4), 383-389
- Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizentine EJ., 2002. The high prevalence of pain in emergency medical care. *The American Journal of Emergency Medical* 20 (3), 165-169
- Davoudi N, Afsharzadeh P, Mohammadalizadeh S, Haghdoost AA., 2008. A comparison of patients' and nurses' assessments of pain intensity in patients with coronary artery disease. *International journal of nursing practice* 14 (5), 347-56.
- Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ., 2002. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *Journal of pain and symptom Management* 23 (3), 211-20.
- Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel JC, Yersin B, Buclin T., 2007. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Annals of Emergency Medicine* 50 (4), 462-71.
- Duignan M, Dunn V., 2008. Barriers to pain management in emergency departments. *Emergency Nurse* 15 (9), 30-34
- Duignan M, Dunn V., 2008. Congruence of pain assessment between nurses and emergency department patients: a replication. *International emergency nursing* 16 (1), 23-8.
- Eder SC, Sloan EP, Todd K., 2003. Documentation of ED patient pain by nurses and physicians. *The American journal of emergency medicine* 21 (4), 253-7.
- Forero R, Mohsin M, McCarthy S, Young L, Ieraci S, Hillman K, Santiano N, Bauman A, Phung H., 2008. Prevalence of morphine use and time to initial analgesia in an Australian emergency department. *Emergency medicine Australasia* 20 (2), 136-43.
- Fosnocht DE, Heaps ND, Swanson ER., 2004. Patient expectations for pain relief in the ED. *The American journal of emergency medicine* 22 (4), 286-8.
- Fry M, Holdgate A., 2002. Nurse-initiated intravenous morphine in the emergency department: efficacy, rate of adverse events and impact on time to analgesia. *Emergency Medicine* 14 (3), 249-54
- Fry M, Ryan J, Alexander N., 2004. A prospective study of nurse initiated panadeine forte: expanding pain management in the ED. *Accident and emergency nursing* 12 (3), 136-40
- Galinski M, Ruscev M, Gonzalez G, Kavas J, Ameer L, Biens D, Lapostolle F, Adnet F., 2010. Prevalence and management of acute pain in prehospital emergency medicine. *Prehospital Emergency Care* 14 (3), 334-9.
- Goldman RD, Narula N, Klein-Kremer A, Finkelstein Y, Rogovik A., 2008. Predictors for opioid analgesia administration in children with abdominal pain presenting to the emergency department. *Clinical Journal of Pain* 24 (1), 11-15
- Grant PS., 2006. Analgesia delivery in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine* 24 (7), 806-809
- Guru V, Dubinsky I., 2000. The patient vs. caregiver perception of acute pain in the emergency department. *The Journal of emergency medicine* 18 (1), 7-12.
- Jastzab G, Fairbrother G, Kerr S, McLnerney M., 2003. Profiling the pain aware nurse, acute care nurses' attitudes and knowledge concerning adult pain management. *Australian journal of advanced nursing* 21 (3), 27-33
- Johnston CC, Gagnon AJ, Pepler CJ, Bourgault P., 2005. Pain in the emergency department with one-week follow-up of pain resolution. *Pain research & management* 10 (2), 67-70
- Karwowski-Soulie F, Lessenot-Tcherny S, Lamarche-Vadel A, Bineau S, Ginsburg C, Meyniard O, Mendoza B, Fodella P, Vidal-Trecam G, Brunet F., 2006. Pain in an emergency department: an audit. *European Journal of Emergency Medicine* 13 (4), 218-224
- Kelly AM, Brumby C, Barnes C., 2005. Nurse-initiated, titrated intravenous opioid analgesia reduces time to analgesia for selected painful conditions. *Canadian journal of emergency medical care* 7 (3), 149-54.
- Kozlowski MJ, Wiater JG, Pasqual RG, Compton S, Swor RA, Jackson RE., 2002. Painful discrimination: the differential use of analgesia in isolated lower limb injuries. *The American journal of emergency medicine* 20 (6), 502-5.
- Mader TJ, Ames A, Letourneau P., 2006. Pain management in pediatric trauma patients with long bone fracture. *Injury* 37 (1), 61-65
- McLean SA, Maio RF, Domeier RM., 2002. The epidemiology of pain in the prehospital setting. *Prehospital emergency care* 6 (4), 402-5.
- Nelson BP, Cohen D, Lander O, Crawford N, Viccellio AW, Singer AJ., 2004. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *The American journal of emergency medicine* 22 (7), 582-5.
- Pletcher MJ, Kertesz SG, Kohn MA, Gonzales R., 2008. Trends in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency departments. *The journal of the American Medical Association* 299 (1), 70-8.
- Probst BD, Lyons E, Leonard D, Esposito TJ., 2005. Factors affecting emergency department assessment and management of pain in children. *Pediatric emergency care* 21 (5), 298-305
- Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R., 2003. Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain management nursing* 4 (4), 171-5.
- Silka PA, Roth MM, Moreno G, Merrill L, Geiderman JM., 2004. Pain scores improve analgesic administration patterns for trauma patients in the emergency department. *Academic emergency medicine* 11 (3), 264-70.
- Singer AJ, Garra G, Chohan JK, Dalmedo C, Thode HC Jr., 2008. Triage pain scores and the desire for and use of analgesics. *Annals of emergency medicine* 52 (6), 689-95.
- Tamchès E, Buclin T, Hugli O, Decosterd I, Blanc C, Mouhsine

- E, Givel JC, Yersin B., 2007. Acute pain in adults admitted to the emergency room: development and implementation of abbreviated guidelines. *Swiss medical weekly* 137 (15-16), 223-7.
36. Tanabe P, Buschmann M., 1999. A prospective study of ED pain management practices and the patient's perspective. *Journal of emergency nursing* 25 (3), 171-7
37. Tanabe P, Buschmann M., 2000. Emergency nurses' knowledge of pain management principles. *Journal of Emergency Nursing* 26 (4), 299-305
38. Teanby S., 2003. A literature review into pain assessment at triage in accident and emergency departments. *Accident and Emergency Nursing* 11 (1), 12-17
39. The College of Emergency Medicine. Clinical Effectiveness Committee: Guideline for the Management of Pain in Adults/Children 2004 <http://www.collemergencymed.ac.uk/>
40. Thomas SH, Andruszkiewicz LM., 2004. Ongoing visual analog score display improves Emergency Department pain care. *The journal of emergency medicine* 26 (4), 389-94.
41. Todd HK, Duchrame J, Choiniere M, Crandall SC, Fosnocht ED, Homel P, Tanabe P., 2007. Pain in the emergency department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicenter Study. *The Journal of Pain* 6 (8), 460-466
42. Todd KH, Sloan EP, Chen C, Eder S, Wamstad K., 2002. Survey of pain etiology, management practices and patient satisfaction in two urban emergency departments. *Canadian journal of emergency medical care* 4 (4), 252-6.
43. Tsai FC, Tsai YF, Chien CC, Lin CC., 2007. Emergency nurses' knowledge of perceived barriers in pain management in Taiwan. *Journal of clinical nursing* 16 (11), 2088-95.
44. Van Hulle Vincent C., 2005. Nurses' knowledge, attitudes, and practices: regarding children's pain. *The American journal of maternal child nursing* 30 (3), 177-83.
45. Viallon A, Marjollet O, Guyomarch P, Robert F, Berger C, Guyomarch S, Navez ML, Bertrand JC., 2007. Analgesic efficacy of orodispersible paracetamol in patients admitted to the emergency department with an osteoarticular injury. *European journal of emergency medicine* 14 (6), 337-42.
46. Vlahaki D, Milne WK., 2008. Oligoanalgesia in a rural emergency department. *Canadian journal of rural medicine* 13 (2), 62-67
47. Wilson JE, Pendleton JM., 1989. Oligoanalgesia in the emergency department. *American journal of emergency medicine* 7 (6), 620-3.
48. Yee AM, Puntillo K, Miaskowski C, Neighbor ML., 2006. What patients with abdominal pain expect about pain relief in the emergency department. *Journal of emergency nursing* 32 (4), 281-7.