

Managementul durerii postoperatorii la pacientul chirurgical în cabinetul medicului de familie

Managementul durerii postoperatorii la pacientul chirurgical în cabinetul medicului de familie

Dr. VALERIU HĂRĂBOR , Dr. ANAMARIA HĂRĂBOR

Medic rezident medicină de familie, Galați, doctorand UMF „Gr. T. Popa”, Iași

Medic specialist ATI, Spitalul „Buna Vestire”, Galați, doctorand UMF „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Durerea, alături de grețuri și vărsături, reprezintă principala „plângere” a pacientului în perioada postoperatorie. Mecanismele de producere și întreținere a nocicepției sunt multiple, toleranța față de durere este un parametru individual în raport cu vârsta, sexul, terenul și starea psihică a pacientului. Ameliorarea durerii implică o abordare multimodală și o supraveghere atentă pentru a obține beneficii maxime cu minim de efecte secundare.

Cuvinte cheie: nocicepție, modularea durerii, prag de durere, analgezie multimodală

ABSTRACT

Pain, nausea and vomissements are the main complaints of the patients in postoperative period. The mechanism of producing and maintenance of nociception are multiple and tolerance for pain is an individual parameter reported to age, sex, background and the psychological situation of the patient. The relief of pain implies a multiple approach and a careful supervision of the patient in order to obtain maximum benefits with a minimum of side effects.

Key words: nociception, pain modulation, pain threshold, multimodal analgesy

Durerea este o experiență senzorială și emoțională neplăcută asociată cu o leziune tisulară actuală sau potențială sau descrisă în termenii unei asemenea leziuni. Durerea ocupă un loc deosebit de important

pentru manifestările bolii postoperatorii, deoarece este simptomul care influențează cel mai mult starea pacientului, fiind o realitate cotidiană mai mult sau mai puțin acceptată.

Majoritatea eforturilor clinicienilor, indiferent de specialitate, s-au îndreptat dintotdeauna

Adresă de corespondență:

Dr. Valeriu Hărăbor, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Vasile Lupu, Nr. 62, Iași

spre realizarea unei analgezii eficiente indiferent de patologia incriminată în declașarea durerii, nefiind etic ca pacienții să acuze dureri insuportabile pe toată durata spitalizării, să fie externați din spital cu o ameliorare nesemnificativă a durerii resimțite sau mai mult, cu aceeași simptomatologie algică.

Tratamentul durerii reprezintă mai mult decât o sumă de intervenții, abordarea trebuind a fi făcută atât în funcție de simptomatologie, cât mai ales în relație cu pacientul și patologia sa.

Durerea postoperatorie trebuie tratată pentru a ajuta pacientul. Mai mult, un beneficiu indirect în acest sens este scurtarea perioadei de coalescență. Staff-ul medical este adesea reticent la ideea tratării durerii la pacienții postoperator probabil datorită lipsei de informații în ceea ce privește metodele de tratament și datorită supraestimării riscurilor în cazul acestor tratamente.

După realizarea unei intervenții chirurgicale, durerea este un simptom predictibil, dar în multe situații, debutul (ca de altfel și desfășurarea ulterioară) este imprevizibil (moarte subită, accidente). Mijloacele de tratament trebuie așadar să aibă în vedere eficiența maximă atât în cazul situațiilor predictibile, cât și în cazul evenimentelor neașteptate.

Datorită unei anestezii incorect potențate, apariția durerii intraoperatorii poate induce apariția șocului postoperator. Durerea postoperatorie va produce o stare generală alterată a pacientului, insomnie și agitație, ceea ce îl epuizează, acestea suprapunându-se celorlalte tulburări produse de traumatismul operator în sine.

Durerea acută este un semnal de avertizare asupra unui pericol posibil real. Comportamentul se bazează pe activarea sistemului nervos simpatic cu eliberare de catecolamine. Clinic, pacientul prezintă creșterea frecvenței cardiace, respiratorii, a presiunii arteriale, fluxului arterial, tensiunii musculare, transpirație palmară, mi-driază. Pacientul este anxios și agitat.

Durerea cronică este de lungă durată și ne-tratată determină oboseală și scade pragul durerii. Comportamentul este legat de activarea pe termen lung a sistemului nervos vegetativ. Apar perturbări de somn, de apetit, iritabilitate, depresie, izolare, libidou redus, indiferența pentru activitate și se observă creșterea interesului pentru monitorizarea senzațiilor corporale.

Evaluarea durerii la *copii* este mai dificilă pentru că aceasta se poate exprima printr-o stare de prostrație sau o stopare a întregii activități și aici tratamentul trebuie adaptat și este necesar.

ELEMENTE CARE DETERMINĂ DUREREA POSTOPERATORIE

Factorii multipli concură la apariția durerii postoperatorii și explică caracterele sale principale și variabilitatea sa.

Pacientul, chirurgul, anestezistul și medicul de familie sunt cei patru actori principali ai perioadei postoperatorii în condițiile în care natura și locul intervenției sunt determinanții aparent, iar anestezia, analgezia și factorii de origine psihică ocupă un loc deloc neglijabil. Importanța factorilor determinanți și variațiile lor ne permit să înțelegem că nevoile analgezice pot să difere considerabil de la un pacient la altul și că eficacitatea analgeziei nu se bazează în exclusivitate pe opțiuni farmacologice și tehnice.

Mecanismele nocicepției sunt multiple, pornind de la generarea influxului nervos în urma lezării tisulare și până la integrarea mesajului la nivelul sistemului nervos central.

Durerea este declașată de activarea receptorilor nociceptivi din piele și alte țesuturi ale organismului în absența oricărei alte leziuni tisulare.

Aceasta protejează organismul de un mediu extern potențial ostil prin inițierea de strategii reflexe și comportamentale de evitare a acestor stimuli nocivi. Acest mecanism protector operează ca rezultat al prezenței unui set specific de neuroni primari senzoriali care codifică intensitatea, durata și calitatea fiecărui stimul nociceptiv, precum și prin proiecțiile lor topografic organizate la nivelul măduvei spinării.

În absența acestora (așa cum se întâmplă la bolnavii cu analgezie congenitală sau cu neuropatii periferice cu anestezie) apar leziuni tisulare și/sau cicatrizare defectuoasă, consecința absenței reflexelor protectoare normale și a răspunsurilor comportamentale declanșate de nociceptori.

Durerea nociceptivă este un element adaptativ important al sistemului nervos și trebuie diminuată sau abolită temporar atunci când se produce în mod deliberat o leziune chirurgicală. Acest tip de percepție dureroasă protejează organismul de lezarea fizică de către factorii de mediu sau orice altă formă de stres asupra țesuturilor organismului. Echivalentul său clinic este *durerea incidentală*, procedurală sau tranzitorie care nu necesită de regulă tratament specific.

În cazul durerii neuropatice mecanismul de acțiune este ceva mai complex. După leziuni de structuri nervoase au fost semnalate la om descărcări spontane ale nociceptorilor C și

mecanoreceptorilor de prag scăzut, A beta. Postlezional, se acumulează canale de sodiu, atît la nivelul leziunii cît și de-a lungul axonului. Aceste canale de sodiu formează focare de hiperexcitabilitate care induc descărcarea de potențiale de acțiune ectopică.

Hiperactivitatea simpatică a fost și ea implicată în patogenia durerii nervoase spontane. Postlezional este inițiată expresia adrenoreceptorilor atît la nivelul terminației afectate, dar și în structurile neurale sănătoase, care devin sensibile la catecolaminele circulante. Pe de altă parte, leziunea nervoasă poate induce apariția de terminații simpatică în jurul neuronilor senzoriali din ganglionul rădăcinii posterioare.

Neuronii din cornul posterior al măduvei spinării acționează ca – *gate-keepers* – pentru transmisia nociceptivă, primind atît stimuli excitațori de la neuronii senzoriali de periferie, cît și stimuli inhibitori de la centrii medulari și supra-spinali.

Lezarea structurilor nervoase poate reduce, prin diverse mecanisme, controlul inhibitor asupra neuronilor din cornul posterior al măduvei spinării, fapt ce poate precipita descărcări spontane la nivelul acestora sau un răspuns exacerbant la stimuli nociceptivi.

Prezentarea durerii ca – *experiență senzorială și emoțională neplăcută asociată cu lezare tisulară prezentă sau potențială* – o definește ca o percepție, similară cu auzul sau vederea, nu neaparat ca o senzație.

Protoneuronul căilor aferente ale durerii este localizat la nivelul ganglionului spinal; este pseudounipolar și nu este implicat direct în transmiterea sinaptică a semnalului, ceea ce permite exercitarea efectelor atît la nivel nervos central cît și periferic.

Lezarea tisulară este urmată de o scădere a pH-ului precum și de eliberarea de mediatori la care fibrele C amielinice sunt sensibile. La nivelul cornului dorsal al măduvei spinării se realizează sensibilizarea centrală ca urmare a descărcării unor mediatori sinaptici.

Deutoneuronul căilor aferente ale durerii – cornul dorsal al măduvei spinării reprezintă localizarea deutoneuronului căilor aferente ale durerii. Metodele de ameliorare a durerii bazate tocmai pe întreruperea transmiterii impulsului dureros, două au fost introduse în practica medicală și anume TENS și crioterapia.

Un mecanism dependent de controlul medular este *durerea viscerală* cu iradiere somatică. Un exemplu frecvent este *durerea anginoasă* cu localizare în aria presternală, membrul superior și la nivelul mandibulei.

Un al doilea fenomen important în localizarea durerii este proiecția sa. Stimularea nervului cubital de exemplu, determină iradierea durerii la nivelul degetului inelar și auricular. Faptul că o persoană va localiza senzația ulterior stimulării periferice nervoase sau chiar a tractului nervos în aria de origine a aferențelor se consideră a depinde de un mecanism cortical.

O ilustrare clinică a fenomenului este durerea – *membrului fantomă* –. Pacienții cu leziuni distale ale nervilor prin amputarea unui membru resimt durere, precum și alte senzații la nivelul segmentului distal înlăturat.

După realizarea sinapsei cu deutoneuronul la nivelul cornului dorsal, informațiile sunt transmise pe căi diferite unor arii multiple cerebrale. Tractul spinotalamic este considerat a fi calea cea mai importantă în transmiterea durerii.

Tractul spinoreticularcutraseumultineuronal, polisaptic, realizează conexiuni cu substanța reticulară bulbară, pontină și mezencefalică de la care pleacă importante eferențe în nucleii sistemului de proiecție difuză ai talamusului, îndeosebi în nucleul limitant și nucleii intralaminari. La rândul lor, acești nuclei proiectează în putamen și mai ales în palidum fiind responsabili de durerea trăită.

Rolul tractului spinomezencefalic nu este încă bine înțeles. El se proiectează la nivelul ariilor implicate în răspunsuri emoționale, funcții senzorial-discriminative sau în arii de origine ale căilor descendente.

La aceste căi se adaugă și tractul spino-cervico talamic, reprezentat de axonii altor neuroni din stratul cinci medular Rexed, care ajung în nucleul cervical lateral, după care se încrucișează și proiectează în talamus. Căile localizate în partea dorsală a măduvei spinării sunt în general considerate ca nefiind implicate în transmiterea durerii. Aria primară sematosenzitivă nu este singura implicată în percepția durerii.

Cortexul frontal este considerat a deține un rol major în percepția emoțională a durerii, pacienții cu dureri cronice raportând după întreruperea chirurgicală a conexiunilor cu lobul frontal prezența pe mai departe a durerii fără a o mai asocia însă cu ideea de disconfort.

Senzația dureroasă (percepția la nivel cortical a durerii) poate fi modulată în mod fiziologic prin mai multe mecanisme. Cel mai important pare a fi controlul inhibitor descendent al durerii.

Controlul inhibitor descendent este reprezentat de **sisteme opioide și neopioide**.

Sistemul opioid cuprinde substanța cenușie periapeductală, aria pretektală, talamusul medial, nucleul posterior talamic. Reprezintă locul

de origine al unor fibre descendente cu efect puternic antinociceptiv la nivelul cornului dorsal medular.

Sistemul neopioid cuprinde nucleul rafeului bulbar și mezencefalic, nucleii gigantocelular și paragigantocelular. Din aceste zone pleacă fibre noradrenergice, serotoninergice sau dopaminergice cu efect antinociceptiv medular.

Ambele sisteme, atât cel opioid cât și cel neopioid, sunt activate de stimuli ajunși pe calea aferențelor senzitive spinotalamice cu origine în straturile 1,4,5 Rexed și îndeosebi de către aferențele spino-reticulo – diencefalice cu originea în straturile 7 și 8.

MATERIAL ȘI METODĂ

În cadrul cabinetului de medicină de familie s-a examinat un **lot de 359 de pacienți**, perioada 2000-2009, cu dureri postoperatorii. Ca metodă de lucru am urmărit următorii parametri:

- Anamneza.
- Investigații paraclinice.

Dintre cele 359 de cazuri, **176 cazuri (49,02%) au fost de sex masculin și 183 cazuri (50,98%) de sex feminin.**

Am constatat o creștere a numărul bolnavilor **din mediul rural 194 cazuri (54,03%) și 165 cazuri – din mediul urban – 45,97%.**

Toate cele 159 cazuri s-au prezentat cu dureri abdominale.

Am constatat o frecvență maximă a cazurilor:

- la grupa 14-25 ani – 45 cazuri – 12,53%
- la grupa de vârstă 26-35 ani – 63 cazuri-17,54%
- la grupa de vârstă 36-45 ani – 59 cazuri-16,43%
- la grupa de vârstă 46-55 ani – 47 cazuri-13,09%
- la grupa de vârstă 56-65 ani – 62 cazuri-17,27%
- la grupa de vârstă 66-75 ani – 58 cazuri-16,15%
- la grupa de vârstă 76-85 ani – 25 cazuri-6,96%

Am clasificat intensitatea durerii abdominale în durere de intensitate joasă, medie și mare sau colicativă și am constatat o creștere a numărului de cazuri de durere abdominală de intensitate medie și am înregistrat un număr de 163 cazuri (45,40%). Un număr destul de mare a prezentat dureri abdominale de intensitate ușoară și anume 111 cazuri (30,91%).

Un număr semnificativ de cazuri a înregistrat dureri de intensitate mare și anume 85 cazuri (23,69%).

S-au trecut în revistă investigațiile hematologice necesare în explorarea unui sindrom dureros abdominal.

Dintre acestea, un prim examen de rutină este hemoleucograma, unde am constatat 95 de cazuri – 26,46% cu hemoglobină scăzută (sindrom anemic de diverse etiologii) și 118 cazuri – 32,86% cu globule albe crescute situație în care sindromul dureros abdominal a fost determinat de cauze infecțioase.

Un alt examen de rutină efectuat a fost dozarea reactanților de fază acută, întâlnind modificări ale VSH, proteinei C reactive, fibrinogenului, în 178 cazuri – 49,58% frecvent în afecțiuni inflamatorii, infecții urinare, infecții ale căilor respiratorii superioare.

O altă investigație frecvent solicitată este și ionograma, ce semnalează scăderea calciului și magneziului la un număr de 164 de cazuri-45,68% Această investigație este necesară din cauza frecvenței asocieri a spasmofiliei cu sindromul dureros abdominal-spasmofilia ca principala cauză a sindromului dureros abdominal sau asociată altor entități.

METODE DE OBȚINERE A ANALGEZIEI POSTOPERATORII

1. Tehnici de analgezie periferică
2. Administrare de antiinflamatoare nesteroidiene și paracetamol
3. Utilizarea opioidelor în administrare parenterală
4. Tehnici perispinale

1. Tehnici de analgezie periferică:

– *opioidale*: a fost demonstrată prezența receptorilor pentru opioide la nivelul terminațiilor nervoase și la nivelul leucocitelor; administrarea intraarticulară de morfină fiind argumentată teoretic de costul redus, lipsa efectelor secundare și în consecință lipsa necesității unei monitorizări specifice;

– *anestezice locale administrate intraarticulare și la nivelul inciziei*: Studii controlate randomizate în dublu orb cu placebo au evaluat efectul injectării intraarticulare de anestezic local asupra durerii postoperatorii cu rezultate îndoielnice. Nici măcar un efect preemptiv nu a putut fi demonstrat. În schimb, administrarea anestezicului local la nivelul plagii operatorii poate determina o reducere semnificativă a necesarului de opioizi.

– *blocurile periferice continue*: cu excepția blocurilor oculare, toate blocurile se pretează la analgezie continuă pe cateter (de obicei cateter

peridural); nu există informații despre durata permisă a unui asemenea tip de bloc și nici despre farmacocinetica anestezicului local după 24 de ore. Se pot realiza astfel bloc de plex brahial, bloc de plex lombar, bloc de nerv sciatic; se poate plasa un cateter și la nivelul unui spațiu intercostal.

2. Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) și paracetamolul

Administrare după chirurgia majoră, AINS pot scădea necesarul de opioide cu 17-75%, prin urmare scade și rata efectelor adverse induse de acestea. Utilizarea lor reduce incidența grețurilor și vărsăturilor postoperatorii, a depresiei respiratorii, a ileusului gastro-intestinal, a spasmului vezicii urinare, a sedării și a hiperpirexie.

Paracetamolul acționează ca antipiretic și analgezic prin efect central asupra ciclooxigenazei (COX). Nu are efect antiinflamator. În prezent se găsește și sub formă perfuzabilă în doză de 50mg/kgc. Efectul se instalează în 15 minute și are maxim la 2 ore. Efectele lui analgezice sunt medii, între cele ale opioidelor și cele ale AINS potente.

AINS sunt inhibitori periferici de PG (prostaglandine), prin intermediul ciclooxigenazei (COX). Există două izoenzime ale ciclooxigenazei: COX-1 și COX-2; aceasta din urmă este inductivă și steroidsensibilă. Inhibarea mai potentă a COX-1 decât COX-2 produce efecte adverse renale și intestinale. Inhibarea COX-2 conduce la efecte antiinflamatorii, analgezice și antipiretice. Există la ora actuală AINS cu acțiune mixtă pe COX-1 și COX-2 (diclofenac, piroxicam, ketorolac, indometacin, meloxicam etc.), AINS selectivi pentru COX-2 (nimesulide) și AINS specifici pentru COX-2 (coxibii). Multe din ele sunt disponibile pentru administrare orală, intramusculară, intravenoasă, intrarectală. Rezultatele cele mai bune privind analgezia postoperatorie se obțin dacă ele se administrează în timpul închiderii plăgii operatorii. Ca efecte adverse reținem: creșterea tendinței la sângerare (precauții în intervențiile plastice, pe prostată, neurochirurgicale sau în prezența unei patologii preoperatorii a hemostazei), afectarea mucoasei gastrointestinale (prin anihilarea secreției acide histamin-induse), afectare renală (prin inhibiția de PG vasodilatatoare care protejează hemodinamica renală și funcția tubulară), alergii (precauție în administrare la bolnavii astmatici), efecte hepatice sau dermatologice și cefalee. Inhibitorii specifici sau selectivi de COX-2 au un profil al efectelor secundare mult îmbunătățit – fără efecte renale și gastrointestinale.

3. Utilizarea opioidelor în administrare parenterală

Morfina este încă opioidul de referință, substanțele mai noi fiind comparate cu aceasta. Opioidul se pot administra pe cale orală (fără interes pentru perioada postoperatorie), intravenoasă, intramusculară și subcutanată. S-a încercat o apreciere a dozei optime de morfina la administrarea intramusculară prin titrarea necesarului de morfina intravenos. Morfina a fost titrată la 3 mg pe 10 minute. Dacă necesarul a fost mai mic de 6 mg atunci morfina nu s-a mai considerat necesară, tratamentul durerii putând fi continuat cu alte clase de analgetice. La o doză necesară egală sau mai mare de 9 mg, o treime din doza necesară s-a administrat intramuscular la 4 ore interval. Acest regim poate oferi un scor al durerii convenabil, fără depresie respiratorie. Cea mai modernă modalitate de administrare a opioidelor o reprezintă regimul **PCA** (patient controlled analgesia). **PCA** rezolvă parțial problema variabilității individuale, descrește timpul de așteptare până la administrarea medicației și până la instalarea efectului care este prea lentă pentru administrarea intramusculară. Cel mai bun sistem pentru acest scop este pompa computerizată programabilă, ce permite administrarea dozei la cerere respectând intervalul de siguranță (lock out time) și limitele. Pentru morfina lock out time este de 5-30 minute, iar doza maximă de 5 mg pe oră.

4. Tehnici perispinale

Aceste tehnici includ calea peridurală, subarahnoidiană și caudală. Cea mai populară este tehnica peridurală, iar la copii abordarea caudală pare să ofere cea mai mare siguranță datorită celor mai reduse riscuri de perforație caudală. Pentru analgezia postoperatorie s-au utilizat fie numai anestezice locale (bipuivacaină sau ropivacaină), fie numai opioide fie combinație de substanțe, aceasta din urmă fiind modalitatea preferată. Deoarece efectele secundare ale substanțelor folosite în administrarea perispinală sunt legate de doză și nu se accentuează reciproc în ciuda sinergismului efectului analgezic, asocierea diferitelor medicamente realizează o analgezie puternică. Numai asocierea clonidinei poate accentua sedarea indusă de opioide și hipotensiunea legată de administrarea anestezicelor locale. Similar conceptului **PCA** al administrării parenterale de opioide a fost implementat conceptul **PCEA** (patient controlled epidural analgesia).

PROTOCOL DE TRATAMENT AL DURERII

Nivelul I

- Administrarea de paracetamol și AINS la intervale fixe cu sau fără administrarea opiaceelor ușoare.
- Monitorizarea administrării:
 - Paracetamolul – în caz de insuficiență hepatică,
 - AINS – în caz de – ulcer gastric (se realizează obligatoriu sub protecție gastrică)
 - tulburări de coagulare.
 - controlul hipersensibilizării la AINS.
 - administrare simultană a altor droguri ce afectează agregarea plachetară.
 - hiposerinemie
 - precauții suplimentare în caz de astm bronșic și insuficiență renală.
 - administrarea controlată a opioizilor majori (la doza echivalentă cu 30 mg morfină); monitorizarea clearance-ului hepatic scăzut, a efectelor tardive ale anesteziilor, monitorizarea reducerii răspunsului respirator la hipoxie și hipercapnie și precauțiile în cazul vîrstelor extreme.

Se recomandă monitorizarea eficienței și a efectelor adverse.

Nivelul II

- PCA iv. (cu sau fără infuzie bazală) continuă în cadrul unor limite prestabilite (ex. doza maximă morfina 24 ore: 40 mg., se administrează în bolusuri < 1mg la interval de 15 min.). Se recomandă monitorizarea eficienței, a efectelor adverse, a nivelului de sedare și a ritmului respirator.
- tehnici de analgezie epidurală sau infuzie continuă iv. Sau PCEA cu anesteziice locale și/sau opioizi și/sau clonidină în limite: morfină 6 mg/zi, clonidină 300 micrograme /zi, bupivacaină < 0,125% 10 ml/oră, ropivacaină < 0,2% 10 ml/oră.
- o singură doză de morfină (0,5 mg) administrată intrarectal.

Se recomandă monitorizarea eficienței, a efectelor adverse, a nivelului de sedare și discriminare senzorială precum și a ritmului respirator la fiecare 3-4 ore.

Nivelul III

- infuzia continuă de opioizi în doze mari cu posibilitatea asistenței ventilatorii mecanice.
- infuzie epidurală continuă de opioizi (morfină > 6mg/zi) și/ sau anesteziice locale (bupivacaină - 0,25 %, ropivacaină – 0,2%).

CONCLUZII

- Durerea reprezintă semnalul de alarmă pe care-l utilizează cel mai frecvent organismul pentru a indica existența unei „spine iritative”, apariția unui proces patologic. Durerea este uneori prea mare pentru leziuni minore, în timp ce în cazul unei afecțiuni grave care amenință viața bolnavului, aceasta nu apare.
- Expresia durerii nu este proporțională cu intensitatea ei și se manifestă diferit, – *modularea* – acesteia depinzând în bună parte de profilul psihologic al pacientului.
- *Pragul durerii* (toleranța față de durere) diferă de la pacient la pacient în raport de vîrsta, sexul, terenul, tipul de sistem nervos, starea psihică. Există bolnavi hipersensibili, cu sensibilitate normală, mai mult sau mai puțin insensibili la durere, după cum senzația de durere poate lipsi complet. Sensibilitatea dure-roasă este mai accentuată la bolnavii cu sistem slab echilibrat, cu labilitate psihică și la cei cu traume psihice în antecedente.
- Fenomenele biologice sau farmacologice pot explica diferențele de percepție de la un individ la altul.
- Ameliorarea prin tratament a durerii postoperatorii implică o supraveghere atentă a pacienților pentru o evaluare eficace a tratamentelor și depistarea efectelor secundare.
- Tratamentul agresiv al durerii postoperatorii este considerat a fi extrem de benefic pentru pacient astfel încât Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization a declarat durerea ca fiind al „cincilea semn vital” și toate instituțiile care doresc acreditare din partea acestei organizații trebuie să dezvolte programe de management al durerii.

BIBLIOGRAFIE

1. **Carpenter RI** – Optimizing postoperative pain management. *Am Fam Physician* 1997; 56:835-50
2. **Chifan M, Georgescu ST, Tircoveanu E, Niculescu D, Bordea Maria** – Aspecte ale chirurgiei ocluziei intestinale la batrâni, *Rev. Med.-Chir., Iași*, vol. 93, nr. 4.1989;
3. **Chipail G, Diaconescu M, Kreisler G** – Reinterventii imediate și precoce în chirurgia abdominală, *Ed, Junimea, Iași*. p. 225-255.1973.
4. **Ciofu C, Ciofu E** – Semne și simptome în pediatrie, *Editura Științifică, București*,1982.
5. **Ciortoloman HM** – Actualități în obstetrică și ginecologie. *Ed. Medicală*, 1982,413-458.
6. **Ciurea T, Pascu O, Stanciu C** – Gastro enterologie și hepatologie – actualități 2003. *Editura medicală, București*, 2003, pp 239-339.
7. **Colaghera C** – Chirurgie de urgență. *Ed. Artab. Timișoara*, 1993.
8. **Matei D** – Esențialul în medicina de familie. *Editura Medicală Amaltea*. 2007
9. **Mincu I, Mogoș V** – Bazele practice ale nutriției omului bolnav în spital și în ambulatoriu, *Editura RAI, București*,1997.
10. **Mondor H** – *Diagnostics Urgents*, *Ed.Masson, Paris*, 1965, p.3.
11. **Monod-Broca et al col.** – *Presse med*.1966,74,12,599-603
12. **Morrow DS** – Acute cholecystitis in the elderly, *Arch. Surg.* 113; 1149, 1978;
13. **Nica C** – *Abdomenul acut chirurgical*, *Editura Helicon, Timișoara*,1997.
14. **Owens BJ, Hamit HF** – Apendicitis in the elderly, *American J.Surg.* 187:192,1978
15. **Păunescu V** – *Peritonitele acute – Tratat de patologie chirurgicală*. *Sub red. N. Angelescu*, *Ed. Medicală, București*, 2001, 2116-2153
16. **Păunescu-Podeanu A** – *Bazele clinice pentru practica medicală*, *Editura Medicală, București* 1981.
17. **Păunescu-Podeanu A** – *Bolnavi dificili*, *Editura Medicală București*,1969.
18. **Achalovschi I** – *Anestezie clinică*, *Editura Clusium*, 2001, 573-584, 739-751
19. **Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC** – *Clinical Anesthesia*, *Lippincott Williams&Wilkins*, 2009, 1473-1502



Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro