



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
Azienda Ospedaliero – Universitaria
F O G G I A

U.O. Medicina e Chirurgia d'Urgenza ed Accettazione
Direttore Dott. Vito Procacci

PROTOCOLLO OPERATIVO

DOLORE ADDOMINALE ACUTO

DOLORE ADDOMINALE ACUTO DEFINIZIONE

DOLORE NON DIAGNOSTICATO IN PRECEDENZA CHE INSORGE ALL'IMPROVVISO

VALUTAZIONE DEL DOLORE ADDOMINALE ACUTO IN PRONTO SOCCORSO

ANAMNESI:

- **Caratteristiche del "DOLORE"**
- **Sintomi di accompagnamento**
- **Tipo di canalizzazione**
- **Precedenti anamnestici (chirurgia Addominale, Terapie Eseguite, pregressi traumi maggiori ecc., allergie note, patologie croniche addominali)**
- **Valutazione fattori di rischio (età, TAO, rischio cardiovascolare, diabete, ipertensione ecc)**
- **Anamnesi Recente (Pasti e/o terapie nelle ultime 72 ore)**

ESAME OBIETTIVO:

- **Comportamento parete addominale**
- **Stato Generale (Pallore, Sudorazione, Defedamento, disidratazione)**
- **Evoluzione delle caratteristiche cliniche**

DOLORE ADDOMINALE ACUTO

CARATTERISTICHE GENERALI

- TRAFITTIVO
- GRAVATIVO
- COSTRITTIVO
- URENTE
- CRAMPIFORME

CARATTERISTICHE SPECIFICHE

Continuo, con aumento graduale
Fasi acute suppurative

- Appendicite – Fossa iliaca dx
- Diverticolite – Fianco sx
- Colecistite – Ipocondrio dx

Continuo con esordio violento

- Pancreatite Acuta
- Perforazioni
- Embolie mesenteriche
- Rottura di aneurisma aortico

A tipo “Colica” (Intermittente: fasi di acuzie e di quescienza)

- Localizzato
 - Colica Biliare
 - Colica Pielo-Ureterale
- Diffuso
 - Occlusione Intestinale
 - Gastroenterite acuta
 - Coliti
 - Colopatie funzionali

DOLORE ADDOMINALE ACUTO:

Sede del Dolore

LOCALIZZAZIONE NEI QUADRANTI

Colecisti Duodeno Pancreas Appendice Colon trasverso Rene destro	Stomaco Pancreas Milza Cuore Colon trasverso Rene sinistro
Appendice Tenue Colon destro e sinistro Annessi Uretere destro	Ernie Colon sinistro Annessi Uretere sinistro Ernie

DOLORE ADDOMINALE ACUTO: DISTURBI ASSOCIATI

VOMITO

TEMPORIZZAZIONE

- **PRECOCISSIMO**
 - colica biliare, renale, ostruzione intestinale alta
- **PRECOCE (2-4 ore)**
 - ulcera gastro-duodenale, ostruzione del tenue.
- **TARDIVO**
 - ostruzione intestinale bassa

CARATTERISTICHE

- ALIMENTARE
- ACQUOSO
- MUCOSO
- BILIARE
- FECALOIDE
- EMORRAGICO

ALTERAZIONE DELLE FUNZIONI INTESTINALI

- **DIARREA (IPERPERISTALSI)**
- **ALVO CHIUSO AI GAS ED ALLE FECI (OSTRUZIONE)**
- **CARATTERISTICHE DELLE FECI (PROCTORRAGIA,MUCORREA)**

DIAGNOSI

ANAMNESI

CARATTERISTICHE DEL DOLORE: VEDI SOPRA

<ul style="list-style-type: none">• Età > 70 aa<ul style="list-style-type: none">- Diverticoliti, neoplasie- Fecalomi- Arteriopatie addominali• Età < 15<ul style="list-style-type: none">- Appendicite- Diverticolite di Meckel- Invaginazione• Donne<ul style="list-style-type: none">- Annessiti e/o cisti ovariche- Gravidanza extrauterina• Uomini<ul style="list-style-type: none">- Torsioni del funicolo- Globo vescicale• Precedenti interventi<ul style="list-style-type: none">- Aderenze (crisi subocclusive)- Recidive	SINTOMI E SEGNI ASSOCIATI <ul style="list-style-type: none">• Febbre• Ittero• Diarrea• Alvo chiuso• Vomito e/o nausea• Emorragia<ul style="list-style-type: none">- Ematemesi- Melena- Proctorragia- Ematuria- metrorragia• Claudicatio intermittens• Cardiopatie aritmogene
---	--

ESAME OBIETTIVO

ISPEZIONE

<ul style="list-style-type: none">• ATTEGGIAMENTO PERITONITICO (IMMOBILE, IN DECUBITO LATERALE A GAMBE FLESSE SULL'ADDOME)• AGITAZIONE SENZA POSA (DOLORE COLICO ACUTO)	CONFORMAZIONE DELL'ADDOME <ul style="list-style-type: none">• ESPANSO (OCCLUSIONE INTESTINALE)• ASIMMETRICO (DISTENSIONE LOCALIZZATA IN UN VOLVOLO COLICO)• PIATTO (L'ADDOME è IMMOBILE "NON RESPIRA": PERITONITE)• TUMEFAZIONI ERNIARIE O DI ALTRA NATURA• CICATRICI CHIRURGICHE• TRAUMATISMI RECENTI
--	--

PALPAZIONE

- DOLENTE MA TRATTABILE (valutazione del "BLUMBERG")
- ADDOME DURO TESO DOLENTE LIGNEO
- MASSA ADDOMINALE
- RICERCA DI PORTE ERNIARIE
- ESPLORAZIONE RETTALE
 - peritonite, raccolta purulenta, ansa occlusa distesa, fecaloma, cancro retto, prostatite

PERCUSSIONE

- PRESENZA DI GAS (PERFORAZIONE, METEORISMO)
- PRESENZA DI LIQUIDO (VERSAMENTO PERITONEALE, ASCITE)

AUSCULTAZIONE

- SILENZIO PERISTALTICO
- RUMORI IDROAEREI SPONTANEI, FORTI NUMEROSI
- RUMORI TIMPANICI
- RUMORI IDROAEREI DOPO SUCCUSSIONE DELL'ADDOME

LABORATORIO

- Emocromo
- Funzionalità Epatica
- Funzionalità renale
- Coagulazione
- Elettroliti
- Beta HCG
- Amilasi pancreatica
- Lipasi
- Proteina C Reattiva
- Emogasanalisi
- Emogrammo
- Numero di Dibucaina
- Es. Urine
- Diagnostica IMA
- D-Dimeri

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

RADIOLOGIA

- **Rx addome in bianco**
 - Livelli idroaerei
 - Falce d'aria sottodiaframmatica
 - Calcificazioni (litiasi biliare, renale, pancreatiche, patologia vascolare)

ECOGRAFIA

- **Aneurisma Aortico**
- **Vie Biliari**
 - Contenuto della colecisti, ispessimento pareti, calibro VBP
- **Irregolarità morfologia del pancreas**
 - Aumento di calibro, irregolarità/dilatazione del Wirsung, Raccolte Liquide/Ascessuali
- **Identificazione versamenti liberi addominali**
 - Logge Sottodiaframmatiche, recessi epato e splenorenale, docce paracoliche, Scavo di Douglas (sospetto di rottura di organo parenchimale o vascolare(es.Aorta), di gravidanza extrauterina, ma può anche essere presente nelle perforazioni di viscere cavo, nella pancreatite acuta, nell'infarto mesenterico, nella torsione di cisti ovarica
- **Identificazione Anse Occluse**
- **Patologie Tratto Urinario**
 - Idronefrosi, Megaurettere, Globo Vesiciale
- **Identificazione Raccolte liquide intraparenchimali**
- **Patologie annessiali**
 - Cisti ovariche, gravidanza extrauterina, Ascessi Tubarici ecc

TAC ADDOME

- **TRAUMA ADDOMINALE E/O POLITRAUMA**
- **SOSPETTO DI ROTTURA ANEURISMA AORTA ADDOMINALE**
- **SOSPETTA ROTTURA DI ORGANO PARENCHIMALE O VASCOLARE**
- **SOSPETTO DI PERFORAZIONE DI VISCERE CAVO SENZA EVIDENZA RX DI ARIA LIBERA**
- **SOSPETTA ISCHEMIA MESENTERICA**
- **DEFINIZIONE DIAGNOSTICA DI RACCOLTE INTRAPARENCHIMALI O SOTTODIAFRAMMATICHE**
- **ULTERIORE DEFINIZIONE DIAGNOSTICA NELLA PANCREATITE ACUTA**
- **ULTERIORE DEFINIZIONE DIAGNOSTICA NELLA DIVERTICOLITE ACUTA (TAC DOPO CLISMA CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE)**
- **ULTERIORE DEFINIZIONE DIAGNOSTICA DELLE UROPATIE OSTRUTTIVE (TAC SENZA MDC)**

PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO

- **Es. Clinico**
- **Esami di laboratorio**
- **Ecografia**
- **Rx Addome**

**Nb . imaging non strettamente necessario
nei casi chiari di gastroenterite acuta o
colopatie funzionali**

Gastroenterite Acuta

- **Nausea e/o vomito**
- **Epigastralgie**
- **Pirosi**
- **Diarrea**
- **Ev. iperpiressia**

EPIGASTRALGIA

**Seguire il Percorso del
dolore toracico**

Ulcera o Gastroduodenite

- Epigastralgie
- Pirosi
- Nausea e/o vomito
- Anamnesi:
- Storia di ulcera
- F.A.N.S.

- Anti H2 ev
- Antiemetici (Metoclopramide im o ev lentamente)
- Reidratazione (Ringer Lattato)
- Ev. antispastici
- Ev Antipiretici (Paracetamolo 1 g ev.)
- Osservazione fino a remissione della sintomatologia
- Dimissione con terapia domiciliare
- Ricovero in caso di grave iperpiressia, persistenza di marcata sintomatologia, disidratazione grave e disionemia, età > 60 aa

- Anti H2 in Infusione Lenta
- Ev antispastici
- Antiemetici (Es. Metoclopramide) im o ev lenta
- Ev. escludere GDS tramite SNG
- Osservazione fino a remissione della sintomatologia
- Dimissione con consiglio di follow up ambulatoriale (EGDS a breve termine)
- Ricovero in caso di persistenza di sintomatologia severa, specie algica o emetica, greve disidratazione, età > 60 aa

- **Ulcera perforata**
 - Inizio violento
 - Epigastralgie
 - Dolore diffuso (peritonite)
 - Difesa parietale
 - Blumberg positivo
 - Leucocitosi Neutrofila
 - Aria libera in addome all’Rx
- **Ulcera sanguinante**
 - Shock
 - Ematemesi o melena
 - Esplorazione digito-rettale e sondaggio gastrico positivi per EDS

- **Ulcera perforata**
 - SNG
 - Inibitori H2 o di Pompa ev
 - Ricovero Urgente in Chirurgia
- **Ulcera sanguinante**
 - Stabilizzazione del Circolo e trattamento dello Shock
 - H2 o Pompa inibitori ev
 - Ev. SNG con lavaggi di soluzione fisiologica fredda e antiacidi (in attesa di EGDS Urgente)
 - EGDS Urgente
 - Ricovero

Colica Biliare’’

- Dolore intermittente localizzato ipocondrio destro a volte irradiato all’angolo scapolare destro.
- Nausea e/o vomito
- Ittero e/o subittero
- Urine ipercromiche

FANS EV. a bolo lento
 Terapia antispastica
 Osservazione fino a remissione della sintomatologia e dimissione con consiglio a follow up chirurgico ambulatoriale
 Eventuale ricovero in caso di ittero, iperpiressia, algie e vomito incoercibile con disidratazione, alfa amilasi e lipasi elevate (screzio pancreatico), rilievo ecografico di dilatazione del coledo e/o dei vasi biliari intraepatici

Colecistite acuta

- Dolore acuto localizzato
- Febbre, leucocitosi neutrofila
- Nausea e/o vomito
- Peritonite localizzata
- Rilievo ecografico di colecisti idropica o contratta con edema parietale (pareti a doppio binario) e, nelle forme complicate, versamento localizzato pericolecistico

- Reidratazione
- FANS ev
- Antibiotici ev
- SNG in caso di peritonite
- Ricovero urgente in Chirurgia

Colangiti ascendenti

- Anamnesi: Interventi subiti, ERCP
- Dolore
- Febbre e leucocitosi neutrofila
- Ittero
- Reperit Ecografico di dilatazione ed ispessimento parietale del coledococo con dilatazione dei vasi biliari intraepatici

- Reidratazione
- FANS ev
- Antibiotici ev
- SNG in caso di peritonite
- Ricovero urgente in Chirurgia o Gastroenterologia

• **Pancreatite Acuta**

- Dolore a "sbarra" Continuo
- Atteggiamento antalgico a "canna di fucile"
- Ileo paralitico-Nausea/Vomito-Febbre
- Anamnesi x Colelitiasi-Etanolo-Traumi-ERCP
- Leucocitosi neutrofila, aumento di Alfa amilasi pancreatica e lipasi, iperglicemia
- Nelle forme più gravi shock, sepsi generalizzata e sindrome iperdinamica con iperlattacidemia, CID
- Reperto ecografico di pancreas aumentato di volume ed edematoso, ipoecogeno con eventuale presenza di raccolte liquide ed orletto anecogeno peripancreatico. Nelle forme più gravi versamento libero addominale

Forme non Complicate da Sepsi/Shock/Sindrome Iperdinamica

- Inibitori H2 o di Pompa in infusione continua ev
- Ev. Tramadolo o pentazocina per il dolore
- Reidratazione
- Ev. Terapia Antibiotica
- SNG
- Ricovero in chirurgia o Gastroenterologia

Forme Complicate da Sepsi/Shock/Sindrome Iperdinamica

- Trattenere il paziente in Subintensiva – Medicina d'Urgenza
- Consultare i Colleghi Rianimatori
- Applicare il protocollo per Sepsi/Shock Settico (vedi protocollo per Sindrome Influenzale – Sepsi Grave)
- Outcome del paziente correlato alla riuscita della stabilizzazione

Ischemia Mesenterica ed Infarto Intestinale

- (Possibile Anamnesi positiva per Fibrillazione Atriale o trombosi su placca della mesenterica)
- Dolore viscerale intenso costante
- Scariche alvine ematiche
- Esame obiettivo Scarsamente espressivo per lungo tempo
- Rilievo frequente di elevazione della mioglobina
- Possibile rilievo ecografico di anse del tenue dilatate ed edematose, con versamento addominale. Talora Assenza di flusso a livello della mesenterica superiore
- Conferma Angiotac Addome
- Nelle forme più avanzate shock settico e sindrome iperdinamica

- Ricovero Urgente in Chirurgia
- In caso di shock settico e sindrome iperdinamica far precedere il ricovero da stabilizzazione in Area Rossa con ev. consulenza rianimatoria

Rottura o Perforazione di viscere Cavo

- Dolore diffuso e acuto
- Segni peritonitici
- Sepsi Grave e Shock settico
- Blumberg+
- Reperto Rx di aria libera in addome

- Ricovero Urgente in Chirurgia
- In caso di shock settico e sindrome iperdinamica far precedere il ricovero da stabilizzazione in Area Rossa con ev. consulenza rianimatoria

Appendicite acuta

- Febbre (> della differenziale), Leucocitosi Neutrofila
- MC Burney +
- Blumberg+
- Irradiazione del dolore
- Epigastralgie
- Nausea / Vomito

- Reidratazione
- Digiuno
- FANS ev
- Terapia Antibiotica
- Ev borsa di ghiaccio
- Osservazione e Monitoraggio clinico e laboratoristico
- Ricovero se presenti segni di peritonite o Leucociti > 12.000/mmc

OCCLUSIONE INTESTINALE

- Dolore di tipo colico, a volte assente nei casi di ileo adinamico (Squilibri idroelettrolitici, ileo farmacologico, megacolon tossico ecc)
- Vomito da alimentare, a biliare, infine a fecaloide (tardivo e nelle occlusioni coliche)
- Addome globoso o asimmetrico all'ispezione
- Iperimbanismo diffuso o localizzato
- Presenza di borborigmi nell'ileo dinamico, assenza nell'ileo adinamico
- Alvo chiuso (non sempre)
- Scarse o nulle feci in ampolla all' esplorazione rettale (tranne nei casi nei quali lo stato subocclusivo sia secondario a fecaloma)
- All'Eco presenza di anse dilatate, ripiene di materiale liquido e disomogeneo con aspetto a bufera di neve e caratteristicamente basculante con movimento di andirivieni dopo compressione con la sonda. Negli stati più avanzati si osserva versamento localizzato tra le anse dilatate.
- Livelli idroaerei o iperdistensione del colon nelle occlusioni basse all Rx Addome

- Decompressione con SNG
- Reidratazione e correzione squilibri elettrolitici
- Ricovero urgente in Chirurgia

Diverticolite Acuta

- Più frequente nei soggetti anziani
 - Dolore quadranti inferiori, specie di sx
 - Segni di peritonite (se perforati)
 - FEBBRE, leucocitosi neutrofila
- Possibile rilievo di formazioni diverticolari i all'ecografia,

- Reidratazione
- FANS ev
- Terapia Antibiotica
- Ev borsa di ghiaccio
- Monitoraggio clinico e laboratoristico
- Ricovero se presenti segni di peritonite o Leucociti > 12.000/mmc

Colica Pieloureterale

- Dolore al fianco che si irradia lungo il decorso dell'urettere omolaterale
- Vomito
- Sudorazione
- Dolore sordo, poi sempre più acuto
- Stick per sangue nelle urine +
- Giordano +
- Rilievo di calicectasia o idronefrosi di I-II-III stadio, in alcuni casi si visualizzano formazioni litiasiche della pelvi o dell'urettere intramurale

- FANS EV in infusione
- Reidratazione (Ringer Lattato)
- **NON USARE MAI ANTISPASTICI (rischio di rottura spontanea della pelvi)**
- Osservazione fino a remissione della sintomatologia
- Consulenza urologica in caso di persistenza della sintomatologia algica, idronefrosi di II-III grado, rilievo ETG di calcolo con diametro > 8 mm (indicazione alla Litotripsia), sovrapposizione febbrile
- Dimissione cin consiglio di terapia idroponica, FANS al bisogno e follow up ecografico a 7 gg
- Ricovero in accordo con il Consulente Urologo nei casi previsti dal PDT con l'Urologia

Salpingiti, torsione di Cisti Ovarica , Gravidanza extrauterina

- Anamnesi ciclo mestruale
- Dolore quadranti inferiori
- Peristalsi presente
- Febbre elevata
- Dolore Fornici all'esplorazione rettale e vaginale
- Perdite ematiche o purulente
- Shock (Gravidanza extra)
- Test di gravidanza positivo in caso di gravidanza extra
- Fondamentale la diagnosi ecografica (presenza di versamento addominale nella gravidanza extra, anomalie del profilo annessiale, presenza di formazioni cistiche di diametro > 4 cm, specie se a contenuto esogeno/sosp. Emorragico)

- Stabilizzazione in caso di shock
- Reidratazione, FANS in caso di dolore od iperpiressia
- Ricovero previa consulenza ginecologica

Ritenzione acuta di urina

- Dolore ipogastrico
- Bisogno impellente di minzione
- Importanza anamnesi (Patologie Prostatiche)
- Esplorazione Rettale
- Palpazione (massa in ipogastrio)
- Percussione (Ottusità in ipogastrio)
- Valutazione ecografica del globo vescicale, della prostata, dei reni e del sistema calico-piello-ureterale

- Diagnosi ecografica a vescica piena
- Cateterismo Vescicale
- Svuotamento Lento
- Consulenza urologia
- Dimissione con Consiglio di Follow Up
- Ricovero nei casi concordati con il Consulente Urologo

Colon Irritabile

- Anamnesi per aspetti psicologici
- Pazienti che abusano di lassativi
- Tenesmo
- Dolore diffuso
- Diarrea e stipsi

Antispastici e dimissione dopo remissione della sintomatologia (Osservazione Temporanea nell'amb. codici bianchi) con consiglio di dieta (ricca di scorie) ed ev follow up Psicoterapico

PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DEL DOLORE ADDOMINALE ACUTO E/O CRONICO RIACUTIZZATO

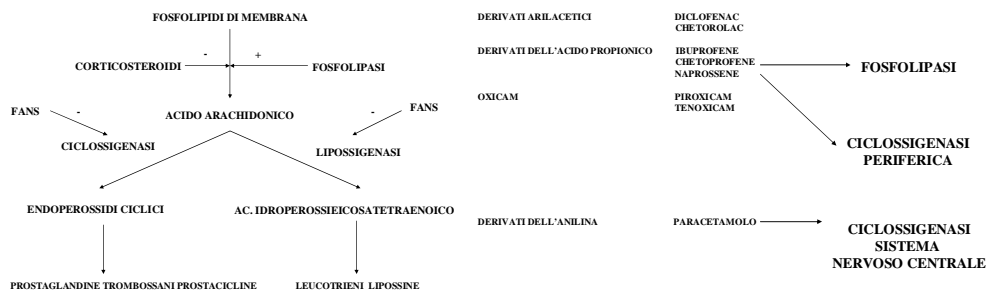
Il trattamento sintomatico del dolore addominale acuto o cronico riacutizzato in Pronto Soccorso è un obiettivo prioritario (PSN, PSR Del. Prog. Az. 2010-2012 sull'Ospedale Senza Dolore) atteso che, accanto alla necessità di evitare inutili sofferenze al paziente, è ormai accertato che tale trattamento non esercita alcun pregiudizio sull'accuratezza dell'iter diagnostico.

CLASSI FARMACOLOGICHE PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE ADDOMINALE

ANALGESICI NON STUPEFACENTI (FANS)

DERIVATI DELL'ACIDO SALICILICO	ASPIRINA ACETILSALICILATO DI LISINA
LISINA	BENORILATO DIFLUNISAL SALICILAMIDE SALICILATO DI SODIO
DERIVATI INDOLICI E INDENICI	ETODOLAC INDOMETACINA SULINDAC
PIRAZOLONICI	AMINOFENAZONE FENILBUTAZONE NORAMIDOPIRIDINA OSSIFENILBUTAZONE
DERIVATI DELL'ANILINA	PARACETAMOLO
DERIVATI DELL'ACIDO FENAMICO	AC. MEFENAMICO AC. MECLOFENAMICO
DERIVATI ARILACETICI	DICLOFENAC CHETOROLAC
DERIVATI DELL'ACIDO PROPIONICO	IBUPROFENE CHETOPROFENE NAPROSSENE
OXICAM	PIROXICAM TENOXICAM

CASCATA DELL'ACIDO ARACHIDONICO	AZIONI FARMACOLOGICHE DEI FANS
<hr/>	<hr/>



EFFETTI FARMACOLOGICI DEI FANS



OPPIOIDI

OPPIOIDI (CLASSIFICAZIONE)

TIPICI	MORFINA FENTANIL BUPRENORFINA PENTAZOCINA
ATIPICI	TRAMADOLO

OPPIOIDI (AZIONE RECETTORIALE)

RECETTORI MU:

- Analgesia Soprasspinale
- Euforia
- Depressione Respiratoria
- Dipendenza Fisica

RECETTORI K:

- Analgesia Spinale
- Miosi
- Sedazione
- Depressione Respiratoria

MORFINA

DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> - STIMOLAZIONE DEI RECETTORI MU E K - AZIONE DIFFUSA E PREVALENTE SUL FASCIO PALEOSPINTALAMICO - STIMOLAZIONE DEL NUCLEO CTZ - INIBIZIONE DEI PLESSI MIENTERICI - STIMOLAZIONE DELLA MUSCOLATURA LISCIA V. BILIARI - ODDI-URETERI- VESCICA - EFFETTO INOTROPO NEGATIVO SUL MIOCARDIO - EFFETTO VENODILATATORE - LIBERAZIONE DI ISTAMINA DALLE CELLULE DI DEPOSITO
	EMIVITA 3 ORE CIRCA DALLA SOMM. EV.
	DOSAGGIO PER ANALGESIA 10-20 MG IN BOLO LENTO SEGUITI DA 5-10 MG OGNI 3 ORE
EFFETTI CENTRALI	<ul style="list-style-type: none"> - ANALGESIA - EUFORIA - APATIA E SEDAZIONE - VOMITO - DEPRESSIONE RESPIRATORIA
EFFETTI PERIFERICI	<ul style="list-style-type: none"> - DEPRESSIONE CARDIOVASCOLARE ED IPOTENSIONE - RIDUZIONE DEL PRELOAD - COSTIPAZIONE ED ILEO PARALITICO - SPASMO DELLO SFINTERE DI ODDI, URETERI, VESCICA - REAZIONI ISTAMINERGICHE E ANAFILATTOIDI

FENTANIL

DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> - POSSEDE GLI STESSI EFFETTI DELLA MORFINA, - MAGGIORE LIPOFILIA - AZIONE RAPIDA SUI SISTEMI DELLA TRASMISSIONE ENCEFALICA - E SULLA PERCEZIONE (EFFETTO NARCOTICO). - INDICATO NELLE CONDIZIONI DI ACUZIE ADDOMINALE RICHIEDENTI UNO STATO DI NARCOSI (TRAUMI ADDOMINALI GRAVI E ALTRE CONDIZIONI CHE RICHIEDANO L'INTUBAZIONE E LA VENTILAZIONE CONTROLLATA)
	EMIVITA 3-4 ORE CIRCA DALLA SOMMINISTRAZIONE EV
	DOSAGGIO PER ANALGESIA 0.1 MG EV SEGUITI DA 0.05 MG OGNI 3-4 ORE

BUPRENORFINA

DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> - AZIONE AGONISTA PARZIALE SUI RECETTORI MU - LEGAME STABILE CON I RECETTORI MU - EFFETTO ANTAGONISTA DI SATURAZIONE IN CASO DI SOVRADOSAGGIO - MAGGIORE DURATA D'AZIONE - EFFETTI DI ASTINENZA DA SOSPENSIONE PRESSOCCHÉ TRASCURABILI
	EMIVITA 3-5 ORE DALLA SOMMINISTRAZIONE EV
	DOSAGGIO MEDIO PER ANALGESIA 0.4 MG EV SEGUITI DA 0.2 MG OGNI 3-5 ORE
	FARMACO PARTICOLARMENTE INDICATO NELLE RIACUTIZZAZIONI DI GRAVI SINDROMI DOLOROSE CRONICHE (DOLORE ONCOLOGICO)

PENTAZOCINA

DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> - SCARSA AZIONE SUI RECETTORI MU - AZIONE PREVALENTE SUI RECETTORI K E SIGMA - ANALGESIA PREVALENTEMENTE SPINALE - SPICCATO EFFETTO DISFORICO - ASSENTE EFFETTO SPASTICO SUI DISTRETTI BILIARE E URINARIO - SCARSO EFFETTO SUI PLESSI MIENTERICI
	EMIVITA 3-5 ORE DALLA SOMMINISTRAZIONE EV
	DOSAGGIO MEDIO PER ANALGESIA 40-60 MG EV SEGUITI DA 20-40 MG OGNI 3-5 ORE
	FARMACO PARTICOLARMENTE INDICATO NELLE GRAVI SINDROMI DOLOROSE VISCERALI (ES. PANCREATITE ACUTA)

TRAMADOLO

DINAMICA	<ul style="list-style-type: none"> - AZIONE ESCLUSIVA SUI RECETTORE MU MA 6000 VOLTE MENO POTENTE DELLA MORFINA - AZIONE DI INIBIZIONE DEL REAPTAKE DI NORADRENALINA E SEROTONINA - EFFETTO ANALGESICO A LIVELLO SPINALE - EFFETTO ANTIDEPRESSIVO A LIVELLO LIMBICO - MINORE DEPRESSIONE RESPIRATORIA - PERICOLOSITA' DEL COTRATTAMENTO CON IMAO E TRICICLICI
	EMIVITA 4-6 ORE DALLA SOMMINISTRAZIONE EV
	DOSAGGIO MEDIO PER ANALGESIA 500-100 MG EV OGNI 6 ORE, NON SUPERANDO 400 MG / DIE
	FARMACO INDICATO DA SOLO O IN ASSOCIAZIONE AI FANS COME STEP INTERMEDIO PRIMA DELL'USO DI OPIOIDI CLASSICI. PARTICOLARMENTE UTILE NEL DOLORE ONCOLOGICO (EFFETTO ANTIDEPRESSIVO)

TIPI DI DOLORE ADDOMINALE

- VISCERALE DISFUNZIONALE:
 - PATOLOGIA SPASTICA
 - PATOLOGIA ACIDO-CORRELATA
- VISCERALE DA CAUSA ORGANICA DI GRAVITA' VARIABILE:
 - COLICA BILIARE
 - COLICA PIELOURETERALE
 - PANCREATITE ACUTA
 - OCCLUSIONE INTESTINALE
 - IMA
- VISCERO-SOMATICO NON TRAUMATICO:
 - CONDIZIONI DI INTERESSAMENTO DEL PERITONEO PARIETALE
- VISCERO-SOMATICO TRAUMATICO
- ONCOLOGICO

TERAPIA DEL DOLORE ADDOMINALE (LIVELLI DI GRAVITA')

LIVELLO 1

- PARACETAMOLO 1 G EV (NO < 18 ANNI ED EPATOPATICI)
- FANS EV
- TRAMADOLO EV

LIVELLO 2

- FANS EV + TRAMADOLO 100MG
- FANS + TRAMADOLO+PARACETAMOLO 1G
- OPPIOIDI

LIVELLO 3

- OPPIOIDI IN BOLO LENTO + FANS + PARACETAMOLO

OPPIOIDI NEL DOLORE ADDOMINALE

DOLORE VISCERALE	PENTAZOCINA
IMA	MORFINA
TRAUMI	- MORFINA - FENTANIL
DOLORE ONCOLOGICO	- TRAMADOLO - BUPRENORFINA