

# the JOURNAL

of emergency dispatch | international

**MORE THAN JUST A PAIN**  
**PROTOCOL 18: HEADACHE**

Die führende Konferenz für Notrufbearbeitung.

# EURO NAVIGATOR®

SALZBURG, ÖSTERREICH

**14.-16. SEPTEMBER 2016  
SAVE THE DATE**

Ausbildung, Inspiration, Networking und Erneuerung  
warten auf Sie beim diesjährigen Euro NAVIGATOR.

**SALZBURG, ÖSTERREICH**



Folgen Sie uns für  
aktuelle Informationen!

[www.emergencydispatch.org](http://www.emergencydispatch.org)  
Bitte besuchen Sie unsere Webseite für  
aktuelle Konferenzinformationen

La conferenza leader del dispatch.

# EURO NAVIGATOR®

SALISBURGO, AUSTRIA

**14-16 SETTEMBRE 2016  
SAVE THE DATE**

Istruzione, ispirazione, networking e rinnovamento vi  
attendono all'Euro NAVIGATOR.

**SALISBURGO, AUSTRIA**



Seguiteci per gli  
ultimi aggiornamenti!

[www.emergencydispatch.org](http://www.emergencydispatch.org)  
Visitate il nostro sito web per le ultime  
informazioni sulla conferenza

De conferentie over openbare veiligheid en noodhulp

# EURO NAVIGATOR®

SALZBURG, OOSTENRIJK

**14-16 SEPTEMBER 2016  
SAVE THE DATE**

Educatie, inspiratie, netwerken en hernieuwing  
wachten op u bij Euro NAVIGATOR 2016.

**SALZBURG, OOSTENRIJK**



Volg ons voor het  
laatste nieuws!

[www.emergencydispatch.org](http://www.emergencydispatch.org)  
Klik op de link voor de meest actuele  
informatie over de conferentie



## INTERNATIONAL ACADEMIES OF EMERGENCY DISPATCH

110 South Regent Street, 8<sup>th</sup> Floor  
Salt Lake City, UT 84111 USA  
USA/Canada toll-free: 800-960-6236  
Intl/Local: 801-359-6916  
Fax: 801-359-0996  
www.emergencydispatch.org  
editor@emergencydispatch.org

## INTERNATIONAL OFFICES

AUSTRALASIAN OFFICE  
011-61-3-9806-1772  
CANADIAN OFFICE  
1-514-910-1301  
EUROPEAN OFFICE  
011-43-5337-66248  
ITALIAN OFFICE  
011-39-011-1988-7151  
MALAYSIAN OFFICE  
011-603-2168-4798  
U.K. OFFICE  
011-44-0-117-934-9732

## IAED JOURNAL STAFF

CREATIVE DIRECTOR  
Kris Christensen Berg  
MANAGING EDITOR  
Audrey Fraizer  
TECHNICAL EDITOR  
Brett A. Patterson  
DIGITAL & SOCIAL MEDIA CONTENT EDITOR  
Michael Rigert  
SENIOR EDITOR  
Josh McFadden  
COPY EDITOR  
Heather Darata  
ASSISTANT EDITOR  
Cynthia Murray

SENIOR DESIGNER  
Lee Workman  
PRODUCTION MANAGER  
Jess Cook  
WEB DESIGNER  
Dave Tyler  
INTERNATIONAL TRANSLATORS  
Victoria Cheema  
Giuditta Easthope  
Abbas Hamed  
Lu Huan  
Michel Looyé  
Marco Mora  
Sara Scott  
Zhang Shengdong  
Carolyn Turcotte

## ACADEMY STAFF

PRESIDENT  
ASSOCIATE DIRECTOR | USA  
ASSOCIATE DIRECTOR | U.K.  
Beverley Logan  
ASSOCIATE DIRECTOR | AUSTRALASIA  
Peter Hamilton  
ACADEMICS & STANDARDS ASSOCIATE  
Brett A. Patterson  
DIRECTOR OF INTERNATIONAL RELATIONS  
Amelia Clawson  
MEMBERSHIP SERVICES MANAGER  
Arabella VanBeuge

## BOARDS & COUNCILS

ACCREDITATION BOARD CHAIR  
Jerry Overton  
ALLIANCE BOARD CHAIR  
Keith Griffiths  
CERTIFICATION BOARD CHAIR  
Pamela Stewart  
CURRICULUM COUNCIL CHAIRS  
Victoria Maguire (Medical/EMD Board)  
Mike Thompson (Fire/EPD Board)  
Jaci Fox (Police/EPD Board)  
Susie Marsan (ETC Board)  
Deanna Mateo-Mih (ED-Q Board)  
RESEARCH COUNCIL CHAIR  
Tracey Barron  
COUNCIL OF STANDARDS CHAIRS  
Brett A. Patterson (Medical/EMD)  
Gary Galasso (Fire/EPD)  
Tara Wiggins (Police/EPD)  
Michael Spath (ED-Q)  
Conrad Fivaz, MD (ECNS)

## COLLEGE OF FELLOWS

CHAIR  
Marc Gay  
AUSTRALASIA  
Frank Archer, MD (Australia)  
Andrew K. Bacon, MD (Australia)  
Peter Lockie (New Zealand)  
Peter Pilon (Australia)  
CANADA  
Drew Burgwin (Br. Columbia)  
Claude Desrosiers (Québec)  
Douglas Eyoifson, MD (Manitoba)  
Martin Friedberg, MD (Ontario)  
Marc Gay (Québec) (Emeritus)  
Marie Leroux, RN (Québec) (Emeritus)  
Paul Morck (Alberta)  
Wayne Smith, MD (Québec)  
EUROPE  
André Baumann (Germany)  
Jan de Nooij, MD (Netherlands)  
Gianluca Ghiselli, MD (Italy)  
Jean-marc Labourey, MD (France)  
Bernhard Segall, MD (Austria)  
Harm van de Pas, MD (Netherlands)  
Gernot Vergeiner (Austria)  
Christine Wägli (Switzerland)  
UNITED KINGDOM | IRELAND  
Trevor Baldwin (England)  
Tracey Barron (England)  
Michael Delaney (Ireland)  
Louise Ganley (England)  
James Gummatt (England)  
Chris Hartley-Sharp (England)  
Andy Heward (England)  
Stuart Ide (England)  
Peter Keating (Ireland)  
Ray Lunt (England)  
Andy Newton (England) (Emeritus)  
Janette K. Turner (England)  
UNITED STATES  
Bill Auchterlonie (Kansas)  
Robert Bass, MD (Maryland)  
Catherine L. Bishop (Michigan)  
Christopher W. Bradford (Florida)  
Geoff Cady (California)  
Steven M. Carlo (New York)  
Jeff Clawson, MD (Utah)  
Phil Coco (Connecticut)  
Brian Dale (Utah)  
Chip Darius, MA (Connecticut)  
Kate Dernocoeur (Michigan)  
Norm Dinerman, MD (Maine)  
Patricia J. Dukes, MICT (Hawaii)  
James V. Dunford, MD (California)  
Conrad Fivaz, MD (Utah)  
Scott Freitag (Utah)  
Gary Galasso (Utah)  
Keith Griffiths (California)  
Jeffrey R. Grunow, MSN (Utah)  
Darren Judd (Utah)  
Alexander Kuehl, MD, MPH (New York) (Emeritus)  
James Lake (South Carolina)  
James Lanier (Florida)  
Stephen L'Heureux (New Hampshire)  
Victoria A. Maguire (Michigan) (Emeritus)  
Sheila Malone (Indiana)  
Susie Marsan (Georgia) (Emeritus)  
Robert L. Martin (California)  
Dave Massengale (California)  
Jerry L. Overton (Utah)  
Eric Parry, ENP (Utah)  
Rick W. Patrick (Pennsylvania)  
Brett A. Patterson (Florida)  
Paul E. Pepe, MD, MPH (Texas)  
Ross Rutschman (Oregon) (Emeritus)  
Joe Ryan, MD (Nevada)  
Doug Smith-Lee (Washington)  
Tom Somers (California)  
Paul Stiegler, MD (Wisconsin)  
Michael Thompson (Utah)  
Carl C. Van Cott (North Carolina)  
Arthur H. Yancey, II, MD, MPH (Georgia)  
Tina Young (Colorado)

# the JOURNAL

of emergency dispatch | international

## 2016 ISSUE 2

- ● ● **IN QUESTO NUMERO**  
4 | Più di un semplice dolore
- ● ● **IN DIESER AUSGABE**  
8 | Mehr als nur ein Schmerz
- ● ● **DANS CE NUMÉRO**  
12 | Plus qu'une simple douleur
- ● ● **EN ESTE NÚMERO**  
16 | Más que un simple dolor
- ● ● **NESTA EDIÇÃO**  
20 | Mais do que apenas uma dor
- ● ● **IN DEZE UITGAVE**  
24 | Meer dan zomaar pijn

في هذا العدد ● ● ●  
أكثر من مجرد ألم | ١



Follow the IAED on social media.

The *Journal of Emergency Dispatch-International* is the official quarterly publication of the International Academies of Emergency Dispatch® (IAED), a non-profit, standard-setting organization promoting safe and effective emergency dispatch services worldwide. Comprised of three allied academies for medical, fire, and police dispatching, the IAED supports

first-responder-related research, unified protocol application, legislation for emergency call-center regulation, and strengthening the emergency dispatch community through education, certification, and accreditation.

By meeting certain requirements, certified membership is provided for qualified individual applicants. Accredited Center of Excellence status is also available to dispatch agencies that comply with Academy standards. © 2015 IAED. All rights reserved.

The following U.S. patents may apply to portions of the MPDS or software depicted in this periodical: 5,857,966; 5,989,187; 6,004,266; 6,010,451; 6,053,864; 6,076,065; 6,078,894; 6,106,459; 6,607,481; 7,106,835; 7,428,301; 7,645,234. The PPDS is protected by U.S. patent 7,436,937. FPDS patents are pending. Other U.S. and foreign patents pending. Protocol-related terminology in this text is additionally copyrighted within each of the IAED's discipline-specific protocols. Original MPDS, FPDS, and PPDS copyrights established in September 1979, August 2000, and August 2001, respectively. Subsequent editions and supporting material copyrighted as issued. Portions of this periodical come from material previously copyrighted beginning in 1979 through the present.



## PIÙ DI UN SEMPLICE DOLORE

### Protocollo 18: Mal di testa

Josh McFadden

Il mal di testa non è certo un evento raro. Infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che "quasi tutti hanno un mal di testa di tanto in tanto". I mal di testa possono essere di diversa gravità e durata, da un leggero fastidio che dura pochi minuti ad una condizione debilitante e quasi costante.

A volte, il mal di testa può essere quasi impercettibile e non ha un effetto sulla routine quotidiana della persona o sulla sua capacità di svolgere compiti o essere coinvolta in attività. Tuttavia, altre volte il mal di testa può rendere la persona, che sia un adulto o bambino, non in grado di funzionare ad un livello normale.

Un tipo di mal di testa è l'emigrania, una patologia neurologica che è molto più di un semplice forte mal di testa.

Le emigranie sono caratterizzate da un intenso dolore pulsante ad un lato della testa; circa un terzo degli episodi di emigrania sono accompagnati da dolore ad entrambi i lati della testa. Le emigranie possono anche

**Nel mondo, una persona su sette ha emigrania. Negli Stati Uniti il numero di donne che soffre di emigrania è tre volte quello delle donne di altri Paesi.**

causare altri sintomi come nausea, vomito, vertigini, disturbi visivi e formicolio o intorpidimento nel viso, nelle dita della mani o dei piedi. Coloro che soffrono di emigrania possono anche essere molto sensibili ai rumori, alla luce, al tatto e agli odori.<sup>1</sup>

L'emigrania non si limita al solo dolore fisico. Non di rado, persone con questa condizione soffrono di attacchi di depressione, ansia o hanno disturbi del sonno.<sup>2</sup>

#### Le statistiche

Potrà sorprendere alcuni sapere quanto comuni siano le emigranie. Se soffrite di emigrania, non siete certamente soli.

Negli Stati Uniti, circa 38 milioni di persone soffrono di emigrania, che equivale a più del 12 per cento della popolazione. Nel mondo, una persona su sette sperimenta emigrania. È interessante notare che negli Stati Uniti il numero di donne che soffre di emigrania è tre volte quello delle donne di altri Paesi (18 per cento vs. 6 per cento). Esiste una probabilità piuttosto alta che la vita di molte delle persone che conoscete sia in qualche modo influenzata da questa condizione; infatti, negli Stati Uniti, una famiglia su quattro ha al suo interno una persona che soffre di emigrania.<sup>3</sup>

L'emigrania sembra colpire i giovani

adulti e le persone di mezza età più di qualsiasi altro gruppo di età, ed infatti è più comune tra le persone di età compresa tra i 25 e i 55 anni. La malattia sembra anche avere una connessione ereditaria. Un genitore con emicrania ha una probabilità del 40 per cento di passare questa condizione ai propri figli. Se entrambi i genitori soffrono di emicrania, la percentuale che anche i figli ne soffrono sale ad un allarmante 90 per cento.<sup>4</sup>

L'emicrania non conosce limiti. Questi dolorosi episodi possono colpire bambini, adulti ed anziani. Infatti, tra la popolazione americana, il numero di persone che soffrono di emicrania è superiore alla somma delle persone che soffrono di diabete e di asma.

Gli attacchi di emicrania possono durare dalle quattro ore ai tre giorni. Per i 14 milioni di americani colpiti da attacchi di emicrania giornalmente, vivere con il dolore ed il disagio che l'emicrania comporta è una lotta quotidiana.

#### Le cause

Purtroppo, scienziati e professionisti sanitari non sono del tutto sicuri sui fattori che possano scatenare un'emicrania. Una delle spiegazioni più accettate è conosciuta come la teoria neurovascolare. Questa teoria afferma che "vari fattori provocano un'attività cerebrale anomala, che a sua volta provoca cambiamenti nei vasi sanguigni nel cervello".<sup>6</sup>

Secondo la Mayo Clinic, le emicranie possono essere provocate tra l'altro da formaggi, cibi salati ed alimenti trattati. Anche saltare i pasti potrebbe scatenare un episodio. La Mayo Clinic segnala anche gli additivi alimentari (cioè il dolcificante aspartame), bevande alcoliche, bevande contenenti molta caffeina, stress, intensa attività fisica, cambiamenti di tempo e l'uso di contraccettivi tra gli elementi che possono contribuire ad un episodio di emicrania.<sup>7</sup>

Infine, sempre secondo la Mayo Clinic, l'emicrania può anche essere causata da cambiamenti nel tronco cerebrale o squilibri chimici del cervello, come la serotonina.

#### Protocollo medico e mal di testa

All'interno del Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®) v13.0, l'emicrania è gestita nel Protocollo 18 "Mal di Testa" ed è

**Sebbene l'emicrania possa non essere considerata una condizione che necessita cure d'emergenza, si consideri che negli Stati Uniti ogni dieci secondi una persona va al Pronto Soccorso con mal di testa o emicrania.**

inclusa nell'elenco "Cause e tipi non gravi" insieme a cefalea a grappolo, sinusiti e tensione (stress).

Sebbene l'emicrania possa non essere considerata una condizione che necessita cure d'emergenza, si consideri che negli Stati Uniti ogni dieci secondi una persona va al Pronto Soccorso con mal di testa o emicrania.<sup>3</sup> Infatti, come affermato nell'Assioma 4: "I pazienti che richiedono soccorso (ambulanza) per il mal di testa, generalmente hanno cause più gravi rispetto ai pazienti che si presentano spontaneamente in pronto soccorso.

È per la possibilità di una causa grave sottostante che diversi nuovi elementi della nuova v13.0 sono stati aggiunti al Protocollo 18. Questi miglioramenti guidano l'EMD su come gestire un possibile ictus, compreso una nuova Domanda Chiave, una richiesta ad usare lo "Strumento per l'identificazione di ictus", nuove Regole, nuovi Assiomi ed una nuova ICE (Informazione Critica per EMD) che sollecita l'EMD a fornire al personale ospedaliero i risultati dello "Strumento per l'identificazione di ictus", l'ora dell'insorgenza dei sintomi e le informazioni di contatto delle persone che hanno assistito all'insorgenza dei sintomi.

Il Protocollo 18 contiene sette Domande Chiave semplici e dirette previste per determinare prima di tutto lo stato di vigilanza e respirazione del paziente (DC 1 e 2) e quindi individuare eventuali altri sintomi che possano indicare una grave causa sottostante del mal di testa. Per questo motivo, le Domande Chiave da 3 a 6 sono fondamentali per determinare se il paziente presenta sintomi di ictus.

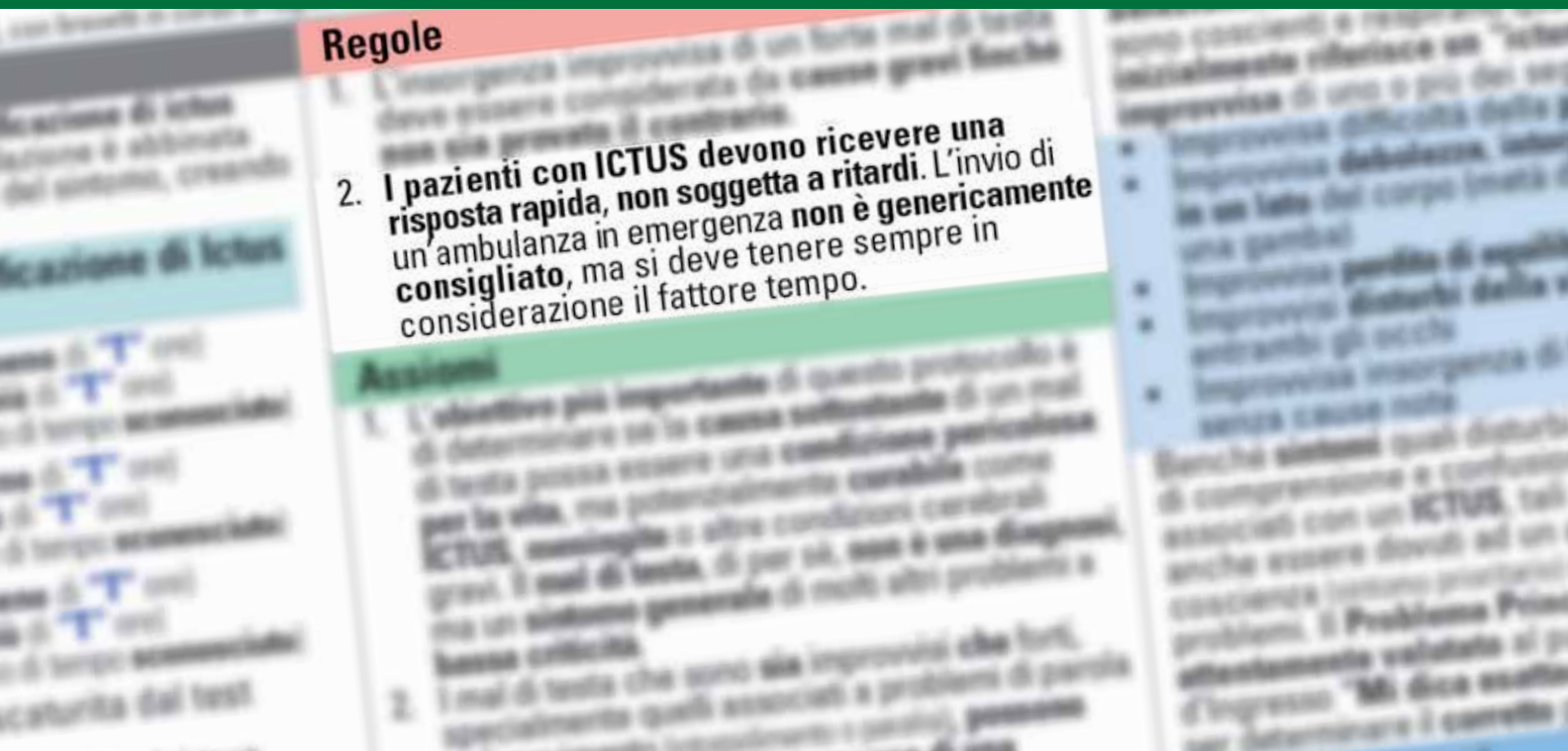
Ad esempio, la Domanda Chiave 4 del Protocollo 18 legge: "Il dolore è insorto improvvisamente e in maniera violenta?" Questa domanda è fondamentale perché, come afferma la Regola 1 "L'insorgenza improvvisa di un forte mal di testa deve essere considerata da cause gravi finché non sia provato il contrario". Inoltre, l'Assioma 2 afferma: "I mal di testa che sono sia improvvisi che forti, specialmente quelli associati a problemi di parola e di movimento (intorpidimento o paralisi), possono rappresentare il sintomo precoce di una condizione molto grave".

Nel Protocollo 18, le sei "Cause e tipi gravi" di mal di testa sono identificate come ematoma epidurale, ematoma sottodurale, emorragia intracerebrale, emorragia subaracnoidea, infarto ischemico e rottura di aneurisma sacciforme. Inoltre, ipertensione, meningite e post traumatico (colpo alla testa) sono elencati come "Cause e tipi potenzialmente gravi".

Non è responsabilità dell'EMD diagnosticare il problema del paziente, ma piuttosto seguire il protocollo passo dopo passo, ponendo ciascuna domanda così come scritta. Gli elenchi dei vari tipi e cause servono semplicemente come riferimento per l'EMD.

In breve, come afferma l'Assioma 1 "L'obiettivo più importante di questo protocollo è di determinare se la causa sottostante di un mal di testa possa essere una condizione pericolosa per la vita, ma potenzialmente curabile come ICTUS, meningite o altre condizioni cerebrali gravi. Il mal di testa, di per sé, non è una diagnosi, ma un sintomo molto generale di molti altri problemi a bassa criticità".

Se l'EMD identifica un sintomo di ictus nel corso delle Domande Chiave, dovrebbe porre la nuova Domanda Chiave 7 "Esattamente a che ora sono cominciati questi sintomi (problema)?" Se non si sa l'ora, l'EMD chiederà l'arco di tempo o quando è stata l'ultima volta che il paziente è stato visto



MPDS® v13,0, EUJ-std. © 1979-2016 PDC.

essere normale. Come spiegato nelle Informazioni Addizionali, l'ora dell'insorgenza del sintomo è fondamentale per l'ospedale ed i soccorritori in quanto è una parte importante nella preparazione della terapia del paziente.

Dopo queste domande, l'EMD userà lo "Strumento per l'identificazione di ictus" per valutare se sia presente un'evidenza CHIARA, DECISA, PARZIALE di ictus o se non vi sia alcuna evidenza di ictus scaturita dal test. Sommando i risultati, l'EMD ottiene un suffisso da aggiungere al Codice del Determinante, che aiuta ad inviare il soccorso più appropriato.

#### Avvio di una risposta

Sebbene l'ictus sia un evento tempo-dipendente, è classificato come una risposta di livello CHARLIE. La Regola 2 spiega che "I pazienti con ICTUS devono ricevere una risposta rapida, non soggetta a ritardi. L'invio di un'ambulanza in emergenza non è genericamente consigliato, ma si deve tenere sempre in considerazione il fattore tempo". Per questa ragione, l'EMD dovrebbe assegnare un Codice del Determinante del livello CHARLIE per i seguenti casi:

- non vigile (18-C-1)
- respirazione anormale (18-C-2)
- difficoltà della parola (18-C-3)

L'EMD userà lo "Strumento per l'identificazione di ictus" per valutare se sia presente un'evidenza CHIARA, DECISA, PARZIALE di ictus o se non vi sia alcuna evidenza di ictus scaturita dal test. Sommando i risultati, l'EMD ottiene un suffisso da aggiungere al Codice del Determinante, che aiuta ad inviare il soccorso più appropriato.

- rapida insorgenza di forte dolore (18-C-4)
- intorpidimento (18-C-5)
- paralisi (18-C-6)
- cambiamento del comportamento nelle ultime tre ore o meno (18-C-7)

Se lo stato del paziente è sconosciuto o altri codici non sono applicabili, l'EMD dovrebbe avviare una risposta 18-B-1. Se il chiamante riferisce che la persona che ha mal di testa sta respirando normalmente (Domanda Chiave 2) e non manifesta alcuno dei sintomi identificati con le altre Domande Chiave, l'EMD dovrebbe avviare una risposta 18-A-1. ●

#### Fonti

- <sup>1</sup> "Migraine Fact Sheet." Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (consultato il 19 agosto 2015).
- <sup>2</sup> Vedi nota 1.
- <sup>3</sup> Vedi nota 1.
- <sup>4</sup> Vedi nota 1.
- <sup>5</sup> Vedi nota 1.
- <sup>6</sup> "Migraines and Headaches Health Center." WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (consultato il 19 agosto 2015).
- <sup>7</sup> "Diseases and Conditions: Migraines." Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (consultato il 19 agosto 2015).
- <sup>8</sup> Vedi nota 1.



**DOVETE ESSERE EMD CERTIFICATI PER RISPONDERE AL QUIZ**

Le risposte al questionario si trovano nell'articolo "Più di un semplice dolore" pubblicato a pag.4.

1. Negli Stati Uniti, circa \_\_\_\_\_ di persone soffrono di emicrania,
  - a. 50 milioni
  - b. 38 milioni
  - c. 15 milioni
  - d. 2 milioni
  
2. Il fattore ereditario è una delle cause che predispone le persone a soffrire di emicrania.
  - a. vero
  - b. falso
  
3. Secondo la Mayo Clinic, quale delle seguenti bevande può scatenare un episodio di emicrania?
  - a. bevande contenenti molta caffeina
  - b. bevande energetiche
  - c. succo d'arancia
  - d. latte
  
4. I pazienti che richiedono soccorso (ambulanza) per il mal di testa, generalmente hanno cause meno gravi rispetto ai pazienti che si presentano spontaneamente in pronto soccorso.
  - a. vero
  - b. falso
  
5. La nuova Informazione Critica per EMD del Protocollo 18 sollecita l'EMD a fornire al personale ospedaliero i risultati dello Strumento per l'identificazione di ictus, l'ora dell'insorgenza del sintomo e:
  - a. le informazioni di contatto della/e persona/e che hanno assistito all'insorgenza dei sintomi.
  - b. precedenti episodi di ictus del paziente.
  - c. anamnesi familiare del paziente.
  - d. qualsiasi farmaco che il paziente assume attualmente.
  
6. Le "Cause e tipi potenzialmente gravi" elencati nel Protocollo 18 sono:
  - a. rottura di aneurisma sacciforme, ematoma epidurale ed emorragia intracerebrale.
  - b. infarto ischemico, emorragia subaracnoidea ed ematoma sottodurale.
  - c. tensione, cefalea a grappolo e sinusiti.
  - d. ipertensione, meningite e post traumatico (colpo alla testa).
  
7. Se, dopo aver posto le Domande Chiave da 3 a 6 contenute nel Protocollo 18, l'EMD identifica sintomi di ictus nel paziente, non è necessario porre la Domanda Chiave 7.
  - a. vero
  - b. falso
  
8. L'EMD userà lo "Strumento per l'identificazione di ictus" per valutare se sia presente un'evidenza CHIARA, \_\_\_\_\_, PARZIALE di ictus o se non vi sia alcuna evidenza di ictus scaturita dal test.
  - a. DECISA
  - b. DEBOLE
  - c. IMPERCETTIBILE
  - d. OVVIA
  
9. Se si determina che il paziente sta avendo difficoltà della parola, l'EMD dovrebbe assegnare un Codice del Determinante del livello DELTA.
  - a. vero
  - b. falso
  
10. Se il paziente che presenta sintomi di emicrania sta respirando normalmente e non manifesta alcun altro sintomo identificato con le Domande Chiave, qual è l'appropriato Codice del Determinante?
  - a. 18-C-1
  - b. 18-C-7
  - c. 18-B-1
  - d. 18-A-1



**Foglio delle risposte**

Usate questo modulo per rispondere alle domande del quiz, ritagliate e consegnate il foglio al responsabile del Controllo Qualità della Centrale che provvederà alla correzione del quiz. Il quiz vale 1,0 ora di credito per la ricertificazione. Per ricevere credito, è necessario rispondere correttamente ad almeno 8 delle 10 domande previste.

Nel completare la domanda per il rinnovo della certificazione, documentare i quiz di FC indicando la data di quando ciascun quiz è stato completato, il titolo dell'articolo e il numero e l'anno del Journal. Conservare i fogli delle risposte per i successivi due anni o fino alla data del prossimo rinnovo della certificazione. L'Academy riserva il diritto di richiederli, se necessario.

Nome \_\_\_\_\_

Azienda Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Paese \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

N. della certificazione # \_\_\_\_\_

Telefono (lavoro) ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**FOGLIO DELLE RISPOSTE **

**SANITÀ**

2016 Issue 2 Journal "Più di un semplice dolore"

Indichi le risposte contrassegnando le apposite caselle.

1.  A  B  C  D

2.  A  B

3.  A  B  C  D

4.  A  B

5.  A  B  C  D

6.  A  B  C  D

7.  A  B

8.  A  B  C  D

9.  A  B

10.  A  B  C  D



## MEHR ALS NUR EIN SCHMERZ

### Protokoll 18: Kopfschmerzen

Josh McFadden

**A**n Kopfschmerzen zu leiden, ist nichts Ungewöhnliches. Tatsächlich gibt die World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation; kurz WHO) an, dass „beinahe jede Person gelegentlich unter Kopfschmerzen leidet.“ Kopfschmerzen können in ihrer Stärke und Dauer variieren; von einer geringen, nur ein paar Minuten andauernden Belästigung bis zu einem lebensverändernden, hinderlichen Zustand, der nahezu konstant bleibt.

Manchmal sind Kopfschmerzen kaum bemerkbar und wirken sich nicht auf das tägliche Leben, die Ausübung von Pflichten oder das Genießen von Freizeitaktivitäten aus. In manchen Fällen können Kopfschmerzen allerdings Kinder und Erwachsene ähnlich funktionsunfähig machen.

Eine Art von Kopfschmerzen ist die Migräne, eine neurologische Krankheit, die weitaus komplizierter ist, als einfache Kopfschmerzen.

Eine Migräne zeichnet sich durch ein

**Weltweit leidet einer von sieben Menschen an Migräne. Dabei sind Frauen in den USA dreimal häufiger von Migräne betroffen, als Frauen in anderen Ländern.**

intensives, wiederkehrendes Pochen auf einer Kopfseite aus, wobei die Schmerzen bei einem Drittel von Migräneanfällen allerdings auf beiden Kopfseiten auftreten. Migräne verursacht zudem andere Symp-

tome wie Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Sehstörungen und Kribbeln oder Taubheitsgefühl im Gesicht, den Fingern oder den Zehen. Menschen, die an solch einer Migräne leiden, können gegenüber Geräuschen, Licht, Berührungen und Gerüchen überempfindlich sein.<sup>1</sup>

Aber Migränepatienten können weit aus mehr als nur körperliche Schmerzen erfahren. Nicht selten leiden Migränebetroffene auch an Depressionen, Angstzuständen oder Schlafstörungen.<sup>2</sup>

#### Die Statistiken

Es mag für einige überraschend sein, wie weit Migräne verbreitet ist. Wenn Sie regelmäßig mit Migräne zu kämpfen haben, sind Sie damit definitiv nicht allein.

In den USA leiden ungefähr 38 Millionen Menschen an Migräne. Dies entspricht über 12 Prozent der Bevölkerung. Weltweit leidet einer von sieben Menschen an Migräne. Interessant ist aber, dass Frauen in den USA dreimal häufiger



von Migräne betroffen sind, als Frauen in anderen Ländern (18 Prozent gegenüber 6 Prozent). In jedem vierten Haushalt in den USA leidet jemand an Migräne.<sup>3</sup>

Junge Erwachsene und Personen im mittleren Lebensalter sind häufiger von Migräne betroffen, als alle anderen Altersgruppen, da die Krankheit meistens bei Personen im Alter von 25–55 Jahren auftritt. Die Veranlagung zu Migräne scheint zudem vererbbar zu sein. Bei einem an Migräne leidenden Elternteil liegt das Risiko bei 40 Prozent, dass die Krankheit an seine/ihre Nachkommen vererbt wird. Wenn beide Elternteile an Migräne leiden, liegt das Risiko bei besorgniserregenden 90 Prozent, dass ihre Kinder vom selben Schicksal betroffen sein werden.<sup>4</sup>

Migräne kennt keine Grenzen. Diese schmerzhaften Anfälle können bei Kindern, Erwachsenen und Senioren auftreten. In der Tat tritt Migräne bei Amerikanern häufiger auf als Diabetes und Asthma zusammen.

Migräneanfälle können von ein paar Stunden bis zu drei Tagen andauern. Für einige Menschen ist das Leben mit Migräneschmerzen und -beschwerden ein täglicher Kampf, da 14 Millionen Menschen in den USA täglich eine Migräne haben.<sup>5</sup>

### Die Ursachen

Leider sind sich Wissenschaftler und Mediziner nicht ganz sicher, was der Auslöser für eine Migräne ist. Eine weit anerkannte Erklärung ist die neurovaskuläre Theorie. Diese besagt, dass „verschiedene Auslöser eine abnorme Gehirnaktivität verursachen können, wodurch Veränderungen in den Blutgefäßen im Gehirn verursacht werden.“<sup>6</sup>

Laut der US-amerikanischen Mayo Clinic kann eine Migräne durch bestimmte Lebensmittel verursacht werden, wie Käse, salzige Lebensmittel und verarbeitete Lebensmittel. Es ist zudem möglich, dass das Auslassen von Mahlzeiten ein Faktor beim Entstehen einer Migräne ist. Die Mayo Clinic meldet weiter, dass Lebensmittelzusatzstoffe (und zwar der Süßstoff Aspartam), alkoholische Getränke, sehr koffeinhaltige Getränke, Stress, intensive körperliche Aktivität, Wetterwechsel und die Verwendung von Verhütungsmitteln zu Migräneanfällen beitragen können.<sup>7</sup>

Zusätzlich gibt die Mayo Clinic an, dass

**Obwohl eine Migräne oftmals nicht als ein Zustand betrachtet wird, der eine Notfallversorgung erfordert, begibt sich in den USA alle 10 Sekunden eine Person wegen Kopfschmerzen oder einer Migräne in die Notaufnahme.**

eine Migräne durch Veränderungen im Stammhirn oder ein gestörtes Gleichgewicht der Gehirnchemikalien, wie Serotonin, verursacht werden kann.

### Behandlung im MPDS

Im Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®) V13.0 wird Migräne mit dem Protokoll 18 „Kopfschmerzen“ behandelt und ist zusammen mit Cluster-, Sinusitis- und Spannungskopfschmerzen der Kopfschmerzkategorie „Nicht bedrohlich“ zugeordnet.

Obwohl eine Migräne oftmals nicht als ein Zustand betrachtet wird, der eine Notfallversorgung erfordert, begibt sich in den USA alle 10 Sekunden eine Person wegen Kopfschmerzen oder einer Migräne in die Notaufnahme.<sup>8</sup> Vielmehr, wie im Axiom 4 aufgeführt, haben Patienten, die wegen Kopfschmerzen die Rettungskräfte rufen „normalerweise ein schwerwiegenderes Problem, als jene, welche das Krankenhaus selbst aufsuchen.“

Durch die Möglichkeit einer ernststen, zugrundeliegenden Ursache wurden in V13.0 im Protokoll 18 einige neue Be-

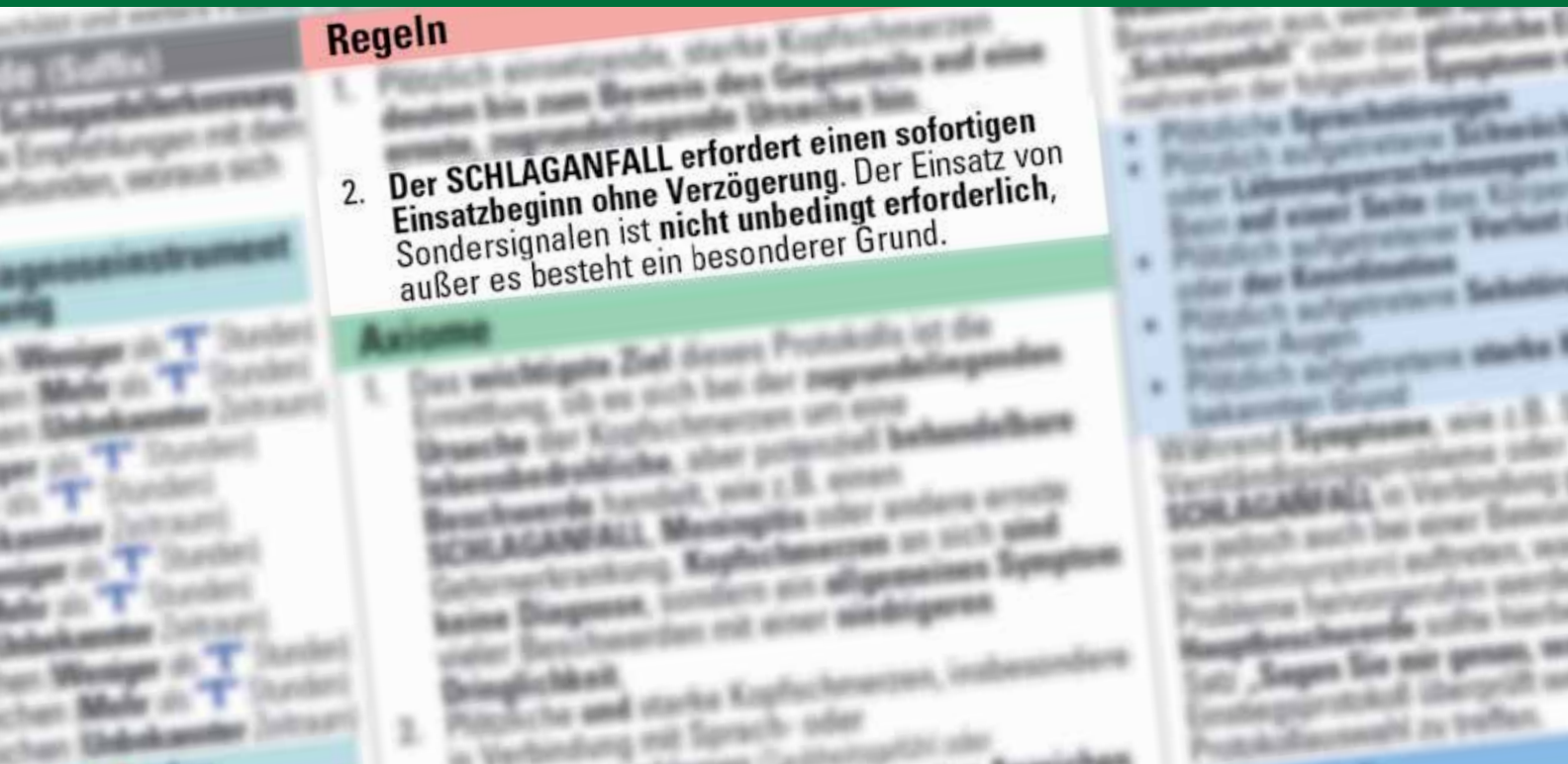
standteile hinzugefügt. Diese Verbesserungen weisen den EMD gezielt an, wie ein möglicher, mit diesem Protokoll identifizierter Schlaganfall zu behandeln ist, einschließlich einer neuen Schlüsselfrage, einer Aufforderung zur Anwendung des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung, neuen Regeln und Axiomen und einer neuen WIE (Wichtige Information für den EMD), die den EMD auffordert, die Empfehlungen des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung, die Zeit des Symptombeginns und den Namen und Telefonnummer der Person(en), die das Einsetzen der Symptome beobachtet hat, an das Krankenhauspersonal zu übermitteln.

Protokoll 18 enthält sieben direkte und einfache Schlüsselfragen, die entwickelt wurden, um zuerst die Bewusstseinslage und den Atmungszustand des Patienten zu ermitteln (SF 1 und 2) und dann jegliche andere Symptome zu identifizieren, die möglicherweise eine ernste, zugrundeliegende Ursache der Kopfschmerzen andeuten. Aus diesem Grund sind die Schlüsselfragen 3–6 sehr wichtig bei der Feststellung, ob der Patient irgendwelche Schlaganfall-Symptome aufweist.

So fragt Schlüsselfrage 4 in Protokoll 18 beispielsweise „Sind ganz plötzlich starke Schmerzen aufgetreten?“ Diese Frage ist entscheidend, denn laut Regel 1 deuten plötzlich einsetzende, starke Kopfschmerzen „bis zum Beweis des Gegenteils auf eine ernste, zugrundeliegende Ursache hin.“ Zudem besagt Axiom 2: „Plötzliche und starke Kopfschmerzen, insbesondere in Verbindung mit Sprach- oder Bewegungsproblemen (Taubheitsgefühl oder Lähmungserscheinungen), können die ersten Anzeichen einer schwerwiegenden Erkrankung sein.“

Sechs „bedrohliche“ Arten und Ursachen von Kopfschmerzen sind im Protokoll 18 aufgeführt, wie beispielsweise Aneurysmaruptur, epidurales Hämatom, intracerebrale Blutung, ischämischer Infarkt, Subarachnoidalblutung und subdurales Hämatom. Zudem sind Hypertonie, Meningitis und Trauma als „möglicherweise bedrohliche“ Ursachen aufgeführt.

Es ist nicht die Aufgabe des EMD das Problem des Patienten zu diagnostizieren, sondern dem Protokoll schrittweise zu folgen und jede Frage wortwörtlich, genauso



MPDS® V13.0, EUG © 1979-2016 PDC.

wie sie im Protokoll steht, vorzulesen. Die aufgeführten Listen mit verschiedenen Ursachen dienen lediglich als Referenz für den EMD.

Demzufolge besagt Axiom 1: „Das wichtigste Ziel dieses Protokolls ist die Ermittlung, ob es sich bei der zugrundeliegenden Ursache der Kopfschmerzen um eine lebensbedrohliche, aber potenziell behandelbare Beschwerde handelt, wie z.B. einen SCHLAGANFALL, Meningitis oder andere ernste Gehirnerkrankung. Kopfschmerzen an sich sind keine Diagnose, sondern ein allgemeines Symptom vieler Beschwerden mit einer niedrigeren Dringlichkeit.“

Ermittelt der EMD während der Abfrage der Schlüsselfragen ein Schlaganfall-Symptom, sollte als Nächstes die Schlüsselfrage 7 „Wann genau haben diese Symptome (Beschwerden) begonnen?“ gestellt werden. Ist dies nicht bekannt, fragt der EMD danach, wann der Patient zuletzt ohne diese Symptome gesehen wurde. Wie in den Zusätzlichen Informationen erklärt, ist die Zeit des Symptombeginns für das behandelnde Krankenhaus und die Rettungskräfte sehr wichtig und hilft bei der Vorbereitung der Behandlung des Patienten.

Nach der Frage zum Symptombeginn

verwendet der EMD anschließend das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung, um zu ermitteln, ob es EINDEUTIGE, STARKE, UNVOLLSTÄNDIGE oder keine festgestellten Anzeichen für einen Schlaganfall gibt. Der EMD fügt dann das Ergebnis des Diagnoseinstruments in Form eines Suffixes zum Einsatzcode hinzu, was beim Entsenden eines geeigneten Einsatzes berücksichtigt wird.

**Einsatzalarmierung**

Obwohl bei einem Schlaganfall jede Minute zählt, wird er als CHARLIE-Einsatz eingestuft. Regel 2 erklärt: „Der SCHLAGANFALL erfordert einen sofortigen Einsatzbeginn ohne Verzögerung. Der Einsatz von Sondersignalen ist nicht unbedingt erforderlich, außer es besteht ein besonderer Grund.“ Daher sollten EMDs einen CHARLIE-Einsatzcode bei Anrufern vergeben, die eine der folgenden Beschwerden melden:

- Bewusstseinstäubung (18-C-1)
- Abnorme Atmung (18-C-2)
- Sprachstörungen (18-C-3)
- Plötzliches Einsetzen von starken Schmerzen (18-C-4)
- Taubheitsgefühl (18-C-5)
- Lähmungserscheinungen (18-C-6)
- Verändertes Verhalten (18-C-7)

Ist der Zustand des Patienten unbekannt oder wenn andere Codes nicht zutreffen, sollte der EMD einen 18-B-1 Einsatz alarmieren. Meldet der Anrufer, dass die an Kopfschmerzen leidende Person normal atmet (Schlüsselfrage 2) und keine weiteren Symptome anhand der Abfrage der Schlüsselfragen festgestellt werden können, sollte der EMD einen 18-A-1 Einsatz alarmieren. ●

**Quellenangabe**

- <sup>1</sup> “Migraine Fact Sheet.” Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (Zugriff am 19. Aug. 2015).
- <sup>2</sup> Siehe Quellenangabe 1.
- <sup>3</sup> Siehe Quellenangabe 1.
- <sup>4</sup> Siehe Quellenangabe 1.
- <sup>5</sup> Siehe Quellenangabe 1.
- <sup>6</sup> “Migraines and Headaches Health Center.” WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (Zugriff am 19. Aug. 2015).
- <sup>7</sup> “Diseases and Conditions: Migraines.” Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (Zugriff am 19. Aug. 2015).
- <sup>8</sup> Siehe Quellenangabe 1.

**SIE DÜRFEN DIESEN TEST NUR ABLEGEN, WENN SIE ALS EMD ZERTIFIZIERT SIND.**

Die Antworten zu diesem CDE-Test finden Sie im Artikel „Mehr als nur ein Schmerz“, der auf Seite 8 beginnt.  
Sie erhalten eine (1.0) CDE-Einheit für diesen Test.

1. In den USA leiden ungefähr \_\_\_\_\_ Menschen an Migräne.
  - a. 50 Millionen
  - b. 38 Millionen
  - c. 15 Millionen
  - d. 2 Millionen
2. Die vererbte Veranlagung zu Migräne scheint eine Rolle dabei zu spielen, ob eine Person an Migräne leidet.
  - a. Richtig
  - b. Falsch
3. Laut der Mayo Clinic kann welches der folgenden Getränke eine Migräne auslösen?
  - a. sehr koffeinhaltige Getränke
  - b. Sportgetränke
  - c. Orangensaft
  - d. Milch
4. Patienten, die wegen Kopfschmerzen die Rettungskräfte rufen, haben normalerweise ein schwerwiegenderes Problem, als jene, welche das Krankenhaus selbst aufsuchen.
  - a. Richtig
  - b. Falsch
5. Die neue WIE (Wichtige Information für den EMD) in Protokoll 18 fordert den EMD auf, die Empfehlungen des Diagnoseinstruments zur Schlaganfallerkennung, die Zeit des Symptombeginns und \_\_\_\_\_ an das Krankenhauspersonal zu übermitteln.
  - a. den Namen und Telefonnummer der Person(en), die das Einsetzen der Symptome beobachtet hat
  - b. die SCHLAGANFALL-Vorgeschichte des Patienten
  - c. die Krankengeschichte der Familie des Patienten
  - d. jegliche Medikamente, die der Patient zurzeit einnimmt
6. Die in Protokoll 18 aufgeführten „möglicherweise bedrohlichen“ Ursachen von Kopfschmerzen sind:
  - a. Aneurysmaruptur, epidurales Hämatom und intracerebrale Blutung.
  - b. ischämischer Infarkt, Subarachnoidalblutung und subdurales Hämatom.
  - c. Cluster-, Sinusitis- und Spannungskopfschmerzen.
  - d. Hypertonie, Meningitis und Trauma.
7. Falls der EMD nach Abfrage der Schlüsselfragen 3-6 beim Patienten Schlaganfall-Symptome feststellt, muss die Schlüsselfrage 7 nicht gestellt werden.
  - a. Richtig
  - b. Falsch
8. Der EMD verwendet das Diagnoseinstrument zur Schlaganfallerkennung, um zu ermitteln, ob es EINDEUTIGE, \_\_\_\_\_, UNVOLLSTÄNDIGE oder keine festgestellten Anzeichen für einen Schlaganfall gibt.
  - a. STARKE
  - b. SCHWACHE
  - c. NICHT NACHWEISBARE
  - d. OFFENSICHTLICHE
9. Wenn festgestellt wird, dass der Patient Sprachstörungen hat, sollte der EMD einen DELTA-Einsatzcode vergeben.
  - a. Richtig
  - b. Falsch
10. Wie lautet der zutreffende Einsatzcode, wenn die an Kopfschmerzen leidende Person normal atmet und keine weiteren Symptome mit der Abfrage der Schlüsselfragen festgestellt werden können?
  - a. 18-C-1
  - b. 18-C-7
  - c. 18-B-1
  - d. 18-A-1

**CDE-Test Antwortschlüssel**

Bitte markieren Sie Ihre Antworten zu den Testfragen auf diesem Formular, schneiden Sie es aus und reichen Sie es bitte an Ihren Qualitätsmanager. Für diesen Test erhalten Sie eine (1.0) CDE-Gutschrift. Sie müssen mindestens acht von zehn Fragen richtig beantworten, um die Gutschrift zu erhalten.

Bei der Vervollständigung eines Rezertifizierungsantrags, dokumentieren Sie die CDE-Tests, indem Sie jeden Test mit dem Datum der Testablegung versehen, den Titel des Artikels auflisten sowie die Ausgabe und das Jahr der Journal-Ausgabe. Die Antwortschlüssel der CDE-Tests müssen für zwei Jahre oder bis zur nächsten fälligen Rezertifizierung aufbewahrt werden. Die Akademie behält sich aber das Recht vor, (falls notwendig) die Tests anzufordern.

Name \_\_\_\_\_

Organisation/Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Zertifizierungsnr. der Akademie \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**ANTWORTENSCHLÜSSEL +  
MEDIZIN**

2. Ausgabe 2016 „Mehr als nur ein Schmerz“  
Bitte kreuzen Sie die richtigen Antworten in den unten aufgeführten Kästchen an.

1.  A  B  C  D

2.  A  B

3.  A  B  C  D

4.  A  B

5.  A  B  C  D

6.  A  B  C  D

7.  A  B

8.  A  B  C  D

9.  A  B

10.  A  B  C  D





## PLUS QU'UNE SIMPLE DOULEUR

### Le Protocole 18 : Mal de Tête

Josh McFadden

**S**ouffrir d'un mal de tête est loin d'être un fait rare. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique que "presque tout le monde souffre occasionnellement d'un mal de tête". La sévérité et la durée des maux de tête peuvent varier, passant d'un léger dérangement qui dure quelques minutes à une condition contraignante qui altère la qualité de vie de façon quasi-constante.

Un mal de tête est parfois à peine perceptible, n'affectant pas les activités quotidiennes ou la capacité d'accomplir des tâches ou de profiter d'activités. Cependant, il arrive parfois qu'un mal de tête puisse rendre des enfants ou des adultes incapables de fonctionner à un niveau normal.

Un type de mal de tête est la migraine, une maladie neurologique qui s'avère bien plus qu'un simple mal de tête intense.

Les migraines sont caractérisées par une douleur lancinante, intense et récurrente à un côté de la tête ; environ un

**Une personne sur sept dans le monde est atteinte de migraines. Les migraines affectent les femmes trois fois plus aux États-Unis que dans les autres pays.**

tiers des migraines est accompagné de douleurs aux deux côtés de la tête. Les migraines peuvent aussi occasionner d'autres symptômes, tels que la nausée, le vomissement, des étourdissements, des troubles visuels et une sensation de picotement ou d'engourdissement au visage, aux doigts ou

aux orteils. Ceux souffrant de migraines peuvent aussi devenir excessivement sensibles aux bruits, à la lumière, au toucher et aux odeurs.<sup>1</sup>

La douleur dont souffrent ceux atteints de migraines peut s'étendre bien au-delà de la douleur physique. Il n'est pas rare pour des personnes atteintes de cette maladie de souffrir d'épisodes de dépression, d'anxiété ou de troubles du sommeil.<sup>2</sup>

#### Les statistiques

Il est étonnant de constater à quel point les migraines représentent un événement répandu. Si vous souffrez régulièrement de migraines, vous n'êtes pas seul.

Aux États-Unis, environ 38 millions de personnes souffrent de migraines. Ce nombre représente plus de 12 pourcent de la population. Une personne sur sept dans le monde est atteinte de migraines. Fait intéressant, les migraines affectent les femmes trois fois plus aux États-Unis que dans les autres pays (15 pourcent vs.

6 pourcent). Et les probabilités que plusieurs personnes autour de vous soient atteintes de cette maladie sont assez élevées. Un foyer américain sur quatre comporte quelqu'un souffrant de migraines.<sup>3</sup>

Les migraines semblent affecter les jeunes adultes et ceux d'âge mûr plus que tous les autres groupes d'âge, la maladie étant la plus répandue chez ceux âgés entre 25 et 55 ans. La maladie semble également avoir un lien avec l'hérédité. Un parent atteint de migraines a 40 pourcent de chances de transmettre cette condition à ses enfants. Plus grave encore, si les deux parents sont atteints de migraines, les enfants ont 90 pourcent de chances de souffrir du même sort.<sup>4</sup>

Les migraines n'ont pas de bornes. Ces épisodes douloureux peuvent survenir chez les enfants, les adultes et les personnes âgées. En effet, les migraines sont plus répandues parmi les jeunes américains que le diabète et l'asthme combinés.

La durée des crises de migraines peut durer de quatre heures à trois jours. Pour certaines personnes, vivre avec les douleurs et le malaise associés aux migraines s'avère une lutte quotidienne, sachant que 14 millions de personnes aux États-Unis souffrent de migraines à tous les jours.<sup>5</sup>

### Les causes

Malheureusement, les scientifiques et les professionnels médicaux ne sont pas exactement certains des facteurs qui déclenchent les migraines. Une explication largement reconnue est la théorie neuro-vasculaire. Celle-ci indique que "plusieurs facteurs provoquent une activité anormale au cerveau, qui à son tour provoque des changements aux vaisseaux sanguins dans le cerveau".<sup>6</sup>

La clinique Mayo a indiqué que les migraines pourraient être causées par certaines choses comme les fromages, les aliments salés et les aliments transformés. Il est possible que sauter des repas pourrait aussi représenter un facteur lors d'incidences de migraines. La clinique Mayo indique de plus que les additifs alimentaires (à savoir, l'édulcorant qui est l'aspartame), les boissons alcoolisées, les boissons à haute teneur en caféine, le stress, l'activité physique intense, les changements climatiques et l'usage de contraceptifs pourraient contribuer à l'incidence de migraines.<sup>7</sup>

**Quoiqu'on ne puisse considérer qu'une migraine puisse exiger des soins d'urgence, considérez qu'à toutes les 10 secondes, un américain se rend aux urgences avec un mal de tête ou une migraine.**

De plus, la clinique Mayo indique que les migraines pourraient être causées par des changements au tronc cérébral ou des déséquilibres chimiques au cerveau, tels qu'avec la sérotonine.

### Traitées dans le protocole médical

Dans la version 13.0 du Medical Priority Dispatch System<sup>MC</sup> (MPDS<sup>®</sup>), les migraines sont traitées au Protocole 18 : Mal de Tête et sont inscrites dans la catégorie Causes bénignes, au côté de céphalée vasculaire, sinusite et tension nerveuse.

Quoiqu'on ne puisse considérer qu'une migraine puisse exiger des soins d'urgence, considérez qu'à toutes les 10 secondes, un américain se rend aux urgences avec un mal de tête ou une migraine.<sup>8</sup> En effet, tel que l'Axiome 4 l'indique, "Les patients qui appellent l'ambulance pour un mal de tête ont généralement une cause sous-jacente plus sérieuse que les patients qui arrivent à la salle d'urgence par leur propre moyen".

C'est donc dû à la possibilité d'une cause sous-jacente grave que plusieurs nouvelles composantes ont été ajoutées à la version 13.0 du Protocole 18. Ces améliorations guident spécifiquement le RMU sur comment traiter un AVC possible identifié à ce protocole, incluant une nouvelle Question Clé, une indication d'utiliser l'Outil diagnostique d'AVC, de nouvelles Règles et nouveaux Axiomes et une nou-

velle ICR (Information Critique pour le RMU) qui indiquent au RMU de fournir les résultats de l'Outil diagnostique d'AVC au personnel de l'hôpital, ainsi que l'heure de l'apparition des symptômes et le nom et le numéro de téléphone de toute(s) personne(s) ayant été témoin(s) de l'apparition des symptômes.

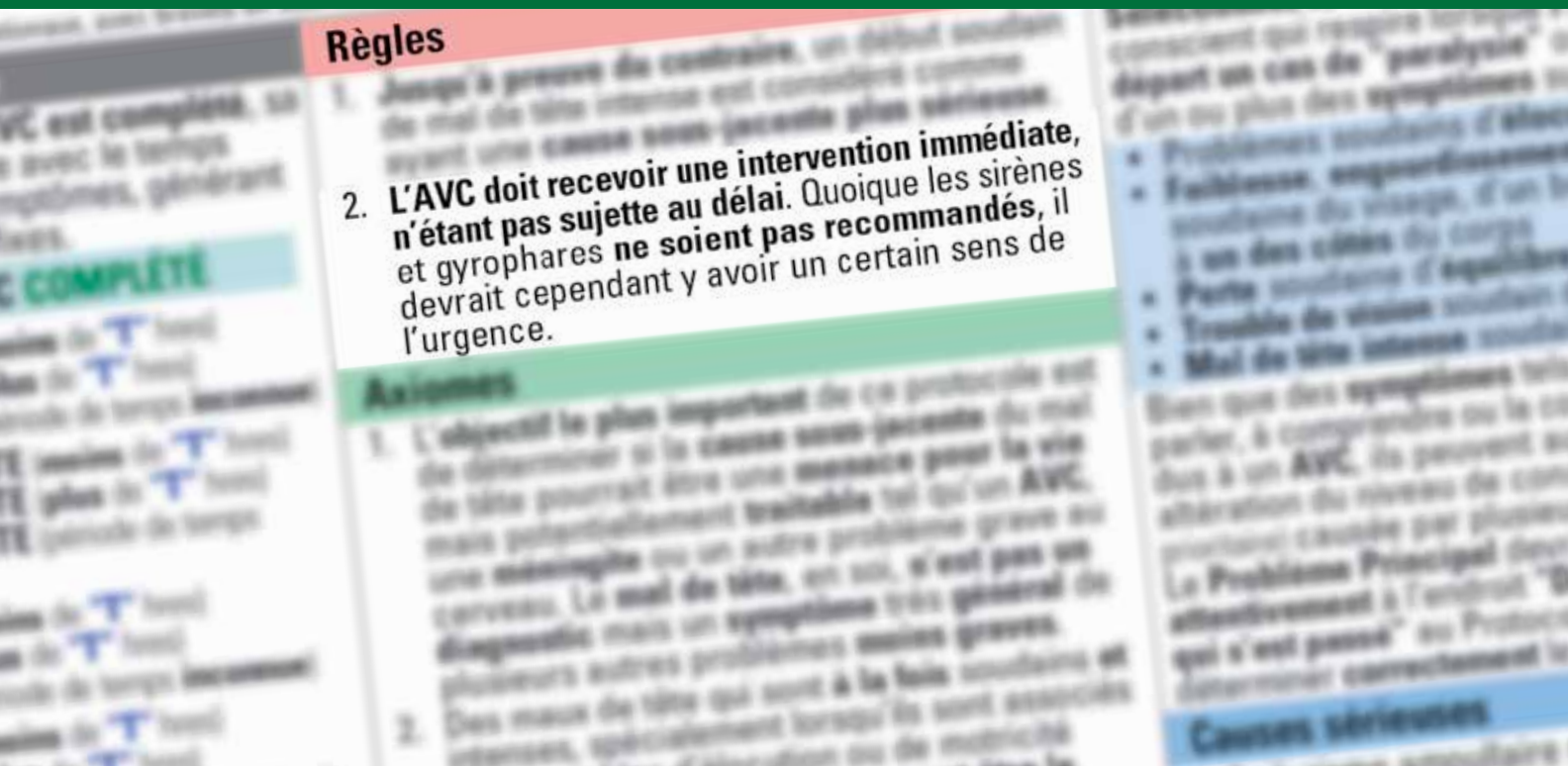
Le Protocole 18 comporte sept Questions Clé simples et directes permettant de d'abord déterminer l'état de conscience et de respiration du patient (QC 1 et 2) puis ensuite d'identifier d'autres symptômes qui pourraient indiquer une cause sous-jacente grave du mal de tête. Pour cette raison, les Questions Clé 3 à 6 sont d'une importance critique pour déterminer si le patient a présenté des symptômes d'AVC.

Par exemple, la Question Clé 4 au Protocole 18 demande, "Est-ce que c'est une douleur intense qui a commencé tout d'un coup ?" Cette question est cruciale car, tel que la Règle 1 l'indique, "Jusqu'à preuve du contraire, un début soudain de mal de tête intense est considéré comme ayant une cause sous-jacente plus sérieuse". De plus, l'Axiome 2 indique que, "Des maux de tête qui sont à la fois soudains et intenses, spécialement lorsqu'ils sont associés à des troubles d'élocution ou de motricité (engourdissement ou paralysie), peuvent être le signe annonciateur d'un état grave".

Cinq "Causes sérieuses" de maux de tête sont identifiées au Protocole 18 en tant que anévrisme artériel, hématome épidual, hématome sous-dural, hémorragie intracérébrale, hémorragie sous-arachnoïdienne et infarctus ischémique. En plus, hypertension, méningite et post-traumatique (tête frappée) sont inscrits en tant que "Causes possiblement sérieuses".

Il ne relève pas de la responsabilité du RMU de diagnostiquer le problème du patient, mais plutôt de suivre le protocole étape par étape, posant chaque question telle qu'elle est écrite. Les listes associées de différentes causes servent simplement de référence pour le RMU.

Bref, tel qu'indiqué à l'Axiome 1, "L'objectif le plus important de ce protocole est de déterminer si la cause sous-jacente du mal de tête pourrait être une menace pour la vie mais potentiellement traitable tel qu'un AVC, une méningite ou un autre problème grave au cerveau. Le mal de tête, en soi, n'est pas un diagnostic mais un



MPDS® v13.0, FRE-std. © 1979–2016 PDC.

symptôme très général de plusieurs autres problèmes moins graves”.

Si le RMU identifie un symptôme d'AVC lors des Questions Clé, il pourra alors poser la nouvelle Question Clé 7, “À quelle heure est-ce que ces symptômes (problèmes) ont commencé exactement ?” Si c'est inconnu, le RMU demandera quand le patient a été vu normal pour la dernière fois. Tel qu'expliqué dans la section d'Information Additionnelle, l'heure de l'apparition des symptômes est vitale pour le personnel hospitalier et les intervenants et représente une partie importante du processus de préparation de la thérapie du patient.

Après avoir demandé l'heure de l'apparition des symptômes, le RMU utilisera l'Outil diagnostique d'AVC afin d'évaluer s'il y a une Évidence CLAIRE, IMPORTANTE, PARTIELLE ou Aucune évidence d'AVC. Le RMU additionnera ensuite les résultats du diagnostic sous la forme d'un suffixe joint au Code de Déterminant qui représente l'intervention appropriée.

#### Initier une intervention

Quoiqu'un AVC soit un événement pour lequel il faut rapidement intervenir, il est catégorisé en tant qu'intervention de niveau CHARLIE.

La Règle 2 explique que “L'AVC doit recevoir une intervention immédiate, n'étant pas sujette au délai. Quoique les sirènes et gyrophares ne soient pas recommandés, il devrait cependant y avoir un certain sens de l'urgence”. Pour cette raison, les RMU devraient assigner un Code de Déterminant de niveau CHARLIE aux appelants présentant n'importe lequel des problèmes ci-dessous :

- non alerte (18-C-1)
- respiration anormale (18-C-2)
- problèmes d'élocution (18-C-3)
- début soudain d'une douleur intense (18-C-4)
- engourdissement (18-C-5)
- paralysie (18-C-6)
- changement de comportement au cours des trois dernières heures ou moins (18-C-7)

Si l'état du patient est inconnu ou d'autres codes ne sont pas applicables, le RMU devrait initier une intervention 18-B-1. Si l'appelant rapporte que la personne souffrant de symptômes d'un mal de tête respire normalement (Question Clé 2) et ne présente pas de symptômes identifiés par les autres Questions Clé, le RMU devrait initier une intervention 18-A-1. ●

#### Références

- <sup>1</sup> “Migraine Fact Sheet”. Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (accédé le 19 août 2015).
- <sup>2</sup> Voir note 1.
- <sup>3</sup> Voir note 1.
- <sup>4</sup> Voir note 1.
- <sup>5</sup> Voir note 1.
- <sup>6</sup> “Migraines and Headaches Health Center”. WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (accédé le 19 août 2015).
- <sup>7</sup> “Diseases and Conditions: Migraines”. Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (accédé le 19 août 2015).
- <sup>8</sup> Voir note 1.



**VOUS DEVEZ ÊTRE MÉDICALEMENT CERTIFIÉ POUR PASSER CE QUIZ**

Les réponses de ce quiz se trouvent dans l'article "Plus qu'une simple douleur", qui commence à la page 12. Faites ce quiz valant 1.0 unité de FC.

1. Aux États-Unis, environ \_\_\_\_\_ de personnes souffrent de migraines.
  - a. 50 millions
  - b. 38 millions
  - c. 15 millions
  - d. 2 millions
  
2. L'hérédité semble être un facteur contribuant à si une personne sera atteinte de migraines.
  - a. vrai
  - b. faux
  
3. Selon la clinique Mayo, laquelle des boissons suivantes pourrait déclencher la migraine ?
  - a. boissons à haute teneur en caféine
  - b. boissons énergétiques
  - c. jus d'orange
  - d. lait
  
4. Les patients qui appellent l'ambulance pour un mal de tête ont généralement une cause sous-jacente moins sérieuse que les patients qui arrivent à la salle d'urgence par leur propre moyen.
  - a. vrai
  - b. faux
  
5. La nouvelle ICR (Information Critique pour le RMU) au Protocole 18 indique au RMU de fournir les résultats de l'Outil diagnostique d'AVC au personnel de l'hôpital, ainsi que l'heure de l'apparition des symptômes et :
  - a. le nom et le numéro de téléphone de toute(s) personne(s) ayant été témoin(s) de l'apparition des symptômes.
  - b. les antécédents d'AVC du patient.
  - c. les antécédents médicaux familiaux du patient.
  - d. tous les médicaments actuellement prescrits au patient.
  
6. Les "Causes possiblement sérieuses" de maux de tête inscrites au Protocole 18 sont :
  - a. anévrisme artériel, hémorragie sous-arachnoïdienne et hémorragie intracérébrale.
  - b. infarctus ischémique, hémorragie sous-arachnoïdienne et hémorragie sous-dural.
  - c. tension nerveuse, céphalée vasculaire et sinusite.
  - d. hypertension, méningite et post-traumatique (tête frappée).
  
7. Si, après avoir posé les Questions Clé 3 à 6 au Protocole 18, le RMU identifie des symptômes d'AVC chez le patient, il n'est pas nécessaire de poser la Question Clé 7.
  - a. vrai
  - b. faux
  
8. Le RMU utilisera l'Outil diagnostique d'AVC afin de déterminer s'il y a une Évidence CLAIRE, \_\_\_\_\_, PARTIELLE ou Aucune évidence d'AVC.
  - a. IMPORTANTE
  - b. FAIBLE
  - c. INDÉTECTABLE
  - d. ÉVIDENTE
  
9. S'il est déterminé que le patient présente des problèmes d'élocution, le RMU devrait assigner un Code de Déterminant de niveau DELTA.
  - a. vrai
  - b. faux
  
10. Si le patient souffre d'une migraine, qu'il respire normalement et qu'il ne présente pas d'autres symptômes identifiés avec les Questions Clé, quel est le Code de Déterminant approprié ?
  - a. 18-C-1
  - b. 18-C-7
  - c. 18-B-1
  - d. 18-A-1



**Feuille-réponse du Quiz de FC**

Vous devez inscrire vos réponses aux questions de ce quiz sur ce formulaire, le découper et le donner à votre superviseur de l'assurance de la qualité, qui corrigera le quiz sur place. Ce quiz vaut 1.0 heure de crédit de FC pour la recertification. Vous devez au moins répondre correctement à 8 des 10 questions pour obtenir l'accréditation.

En complétant une application pour la recertification, documenter les quiz de FC en inscrivant la date à laquelle chaque quiz a été complété, le titre de l'article de FC ainsi que le numéro et l'année de la publication du Journal. Conserver les feuilles-réponses des quiz de FC pendant une période de deux ans ou jusqu'à la date de recertification prévue. L'Académie se réserve le droit de les exiger, si nécessaire.

Nom \_\_\_\_\_

Organisation \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

# de Cert. d'Académie \_\_\_\_\_

Tél. jour ( ) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

**FEUILLE-RÉPONSE  MÉDICAL**

Journal 2016 Numéro 2 "Plus qu'une simple douleur"

Vous devez inscrire vos réponses dans les boîtes appropriées ci-dessous.

1.  A  B  C  D

2.  A  B

3.  A  B  C  D

4.  A  B

5.  A  B  C  D

6.  A  B  C  D

7.  A  B

8.  A  B  C  D

9.  A  B

10.  A  B  C  D



## MÁS QUE UN SIMPLE DOLOR

### Protocolo 18: Dolor de Cabeza

Josh McFadden

Los dolores de cabeza no son para nada extraordinarios. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que “casi todas las personas tienen dolor de cabeza de forma ocasional”. La gravedad y duración de los dolores de cabeza pueden variar desde una molestia leve que dura algunos minutos hasta una condición debilitante virtualmente constante que pone la vida en peligro.

A veces un dolor de cabeza a penas se nota, y no afecta la rutina diaria ni la habilidad de cumplir tareas y disfrutar de actividades. Sin embargo, a veces un dolor de cabeza puede rendir tanto a los niños como a los adultos incapaces de funcionar a un nivel normal.

Un tipo de dolor de cabeza es la migraña, una enfermedad neurológica que es mucho más que un simple dolor de cabeza.

Las migrañas se caracterizan por punzadas intensas y recurrentes al lado de la cabeza; más o menos un tercio de todos los episodios de migraña van acompañados por

Una de cada siete personas en la Tierra experimenta migrañas. Y es muy probable que mucha gente a su alrededor lidia con esta alarmante enfermedad.

dolores en ambos lados de la cabeza. Las migrañas también causan otros síntomas tal como náuseas, vómito, mareo, perturbaciones visuales, y hormigueos o entumecimiento de la cara o dedos. Aquellos que sufren de migrañas también pueden estar

más sensibles al sonido, luz, tacto y olor.<sup>1</sup>

Las personas que sufren de migrañas pueden experimentar más que el simple dolor físico. No es poco común que la gente con esta enfermedad tenga ataques de depresión, ansiedad o insomnio.<sup>2</sup>

#### Las estadísticas

Puede ser sorprendente qué tan prevalente son las migrañas. Si usted combate migrañas regularmente, no está solo.

En los Estados Unidos, como 38 millones de personas sufren de migrañas. Esto es más de 12 por ciento de la población. Una de cada siete personas en la Tierra experimenta migrañas. Curiosamente, las migrañas afectan tres veces más mujeres en los Estados Unidos que mujeres en otros países (18 por ciento frente a 6 por ciento). Y es muy probable que mucha gente a su alrededor lidia con esta alarmante enfermedad: Uno de cada cuatro hogares en los Estados Unidos tiene alguien que sufre de migrañas.<sup>3</sup>

Las migrañas parecen afectar a los jóvenes y a los de mediana edad más que a cualquier otro grupo de edad, ya que la enfermedad es más común entre los de 25-55 años de edad. La enfermedad también parece tener base en la herencia genética. Un paciente con migrañas tiene una posibilidad de 40 por ciento de pasar esta condición a sus hijos. Alarmantemente, si ambos padres experimentan migrañas, hay una posibilidad de 90 por ciento de que sus hijos también sufran de la misma condición.<sup>4</sup>

Las migrañas no tienen límites. Estos dolorosos episodios le pueden ocurrir a niños, adultos y ancianos. De hecho, las migrañas son más comunes entre los americanos que la diabetes y el asma juntos.

Los ataques de migraña pueden durar entre cuatro horas y tres días. Para algunas personas, vivir con dolor y molestia de migraña es una lucha diaria, ya que 14 millones de personas en los Estados Unidos tienen migrañas cada día.<sup>5</sup>

#### Las causas

Desafortunadamente, los científicos y profesionales médicos no están seguros de qué desencadena las migrañas. Una explicación aceptada extensamente se conoce como la teoría neurovascular. y declara que “varios desencadenantes causan actividad anormal en el cerebro, que en turno causa cambios en los vasos sanguíneos en el cerebro.”<sup>6</sup>

La Clínica Mayo ha declarado que las migrañas se pueden desencadenar por ciertas cosas tal como los quesos, comidas saladas y las comidas procesadas. Es posible que saltarse comidas también pueda ser un factor en la incidencia de migrañas. La Clínica Mayo además reporta que los aditivos alimenticios (específicamente el endulzante aspartame), las bebidas alcohólicas, las bebidas con alto contenido de cafeína, estrés, actividad físicamente intensa, los cambios de clima y el uso de contraceptivos pueden contribuir a la actividad de migrañas.<sup>7</sup>

Además, la Clínica Mayo declara que las migrañas se pueden causar por cambios en el tronco cerebral o desequilibrio en los químicos del cerebro, tal como la serotonina.

#### Abordado en el protocolo médico

En el Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®) v13.0, las migrañas se ges-

**Los pacientes que llaman a la ambulancia por causa de un dolor de cabeza tienen generalmente una causa subyacente más seria que aquellos pacientes que van al departamento de emergencia por sí mismos.**

tionan en el Protocolo 18: Dolor de Cabeza y aparecen en la lista de “Tipo no severo y causas” junto con jaqueca, sinusitis y los dolores de cabezas tensionales.

Aunque las migrañas no se consideran condiciones que requieren atención de urgencia, considere que cada 10 segundos una persona en los Estados Unidos entra a una sala de urgencias con dolor de cabeza o migraña.<sup>8</sup> De hecho, como dice el Axioma 4, “Los pacientes que llaman a la ambulancia por causa de un dolor de cabeza tienen generalmente una causa subyacente más seria que aquellos pacientes que van al departamento de emergencia por sí mismos.”

Es dado a la posibilidad de una causa grave subyacente que se agregaron varios componentes nuevos de versión 13.0 al Protocolo 18. Estas mejoras guían al AEM más específicamente sobre cómo gestionar un ataque cerebral identificado en este protocolo, incluyendo una nueva Pregunta Clave, un aviso de usar la Herramienta de diagnóstico de ACV, nuevas Reglas y Axiomas, y una nueva ICA (información crítica para el AEM) que dirige al AEM a dar al personal en el hospital los resultados de la Herramienta de diagnóstico de ACV, la hora de comienzo de síntomas y la información de contacto de cualquier persona que presencié el inicio de los síntomas.

El Protocolo 18 contiene siete Preguntas Claves sencillas y directas para determinar primero el nivel de consciencia y respiración (PC 1 y 2) del paciente y luego identificar cualquier otro síntoma que pueda indicar una causa grave subyacente del dolor de cabeza. Por esta razón, las Preguntas Clave 3-6 son críticas para determinar si el paciente ha mostrado síntomas de un ataque cerebral.

Por ejemplo, la Pregunta Clave 4 del Protocolo 18 pregunta, “¿Sintió un dolor intenso de repente?”. Esta pregunta es crucial porque, como dice la Regla 1, “Se considera que la aparición repentina de un severo dolor de cabeza tiene una causa subyacente más seria hasta que se compruebe lo contrario.” Asimismo, el Axioma 2 declara, “Los dolores de cabeza que son tanto repentinos como severos, especialmente si están asociados con problemas motores (adormecimiento o parálisis) o de habla, pueden representar el inicio de una condición seria”.

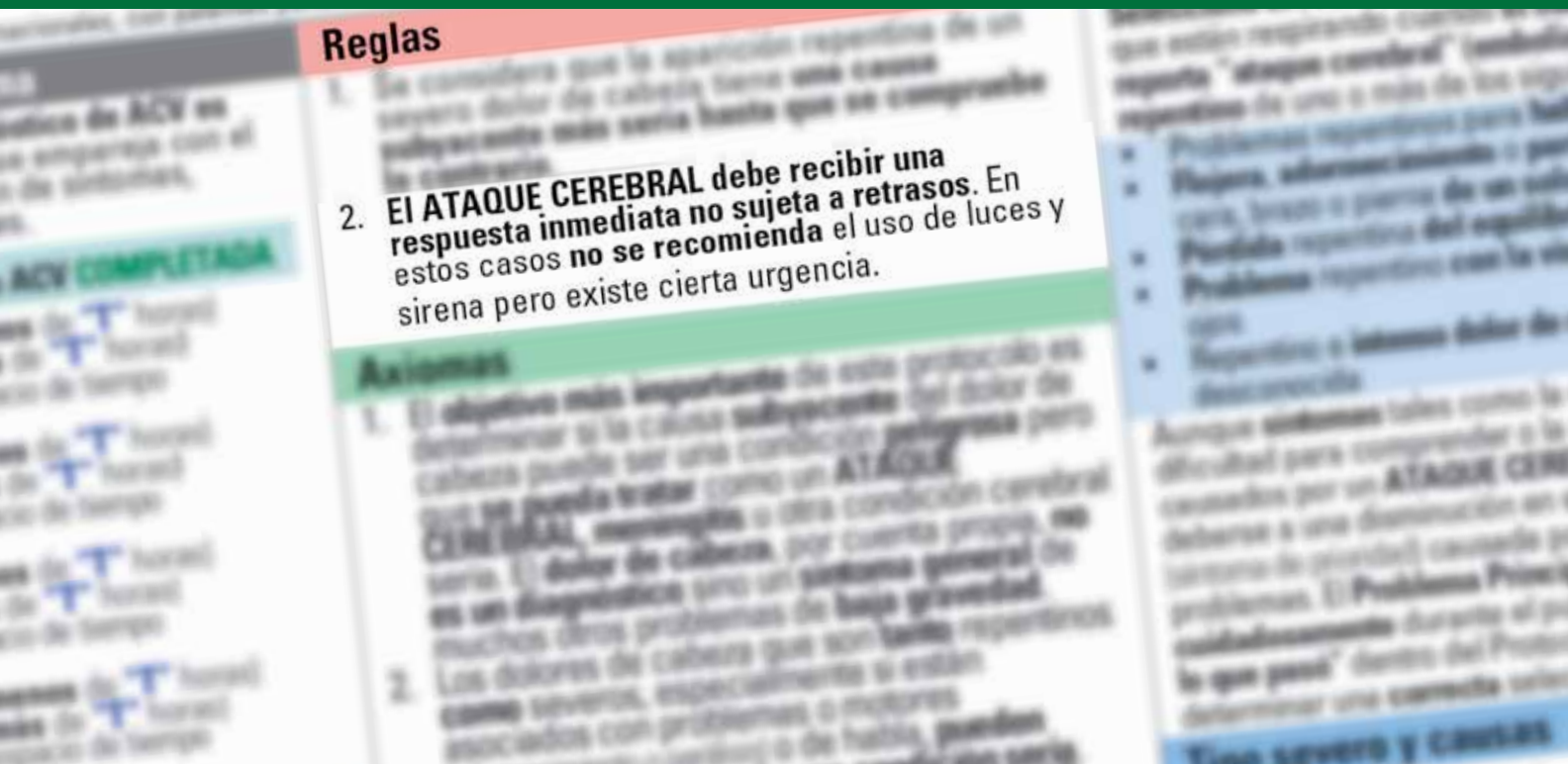
Seis puntos aparecen bajo “Tipo severo y causas” en el Protocolo 18 tal como la ruptura de aneurisma, hematoma epidural, hemorragia intracerebral, infarto isquémico, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural. Además, hipertensión, meningitis y postraumático (cabeza golpeada) aparecen bajo la lista de “Tipo posiblemente severo y causas”.

La responsabilidad del AEM no es diagnosticar el problema sino seguir el protocolo paso por paso, haciendo cada pregunta tal como está escrita. Las listas asociadas de varios tipos y causas simplemente sirven como referencia para el AEM.

En resumen, como se establece en el Axioma 1, “El objetivo más importante de este protocolo es determinar si la causa subyacente del dolor de cabeza puede ser una condición peligrosa pero que se pueda tratar como un ATAQUE CEREBRAL, meningitis u otra condición cerebral seria. El dolor de cabeza, por cuenta propia, no es un diagnóstico sino un síntoma general de muchos otros problemas de baja gravedad”.

Si el AEM identifica un síntoma de ataque cerebral en la interrogación de Preguntas Clave, tiene que hacer la nueva Pregunta Clave 7, “¿A qué hora exactamente comenzaron estos síntomas (comenzó el problema)?”. Si se desconoce, el AEM pedirá un marco de tiempo de cuándo fue la última vez que el paciente fue visto actu-





MPDS® v13.0, NAE-std. © 1979–2016 PDC.

ando normalmente. Como se explica en la Información Adicional, la hora de comienzo del síntoma es vital para el hospital y los socorristas ya que es una parte importante de la preparación de la terapia del paciente.

Después de preguntar acerca del inicio de los síntomas, el AEM usará la Herramienta de diagnóstico de ACV para evaluar si hay evidencia CLARA, FUERTE, PARCIAL o si No existe evidencia de ataque cerebral. El AEM luego añade los resultados de diagnóstico en la forma de un sufijo adjunto al Código Determinante, que se integra a la respuesta correcta.

#### Cómo iniciar una respuesta

Aunque un ataque cerebral es un evento en el que el factor tiempo es importante, se clasifica como respuesta de nivel CHARLIE. La Regla 2 explica que “El ATAQUE CEREBRAL debe recibir una respuesta inmediata no sujeta a retrasos. En estos casos no se recomienda el uso de luces y sirena pero existe cierta urgencia”. Por esta razón, los AEM deben asignar un Código de Determinante de nivel CHARLIE a los llamantes con cualquiera de los siguientes problemas:

- no alerta (18-C-1)
- respiración anormal (18-C-2)
- problemas para hablar (18-C-3)
- dolor intenso repentino (18-C-4)

El AEM usará la Herramienta de diagnóstico de ACV para evaluar si hay evidencia CLARA, FUERTE, PARCIAL o si No existe evidencia de ataque cerebral. El AEM luego añade los resultados de diagnóstico en la forma de un sufijo adjunto al Código Determinante, que se integra a la respuesta correcta.

- adormecimiento (18-C-5)
- parálisis (18-C-6)
- cambio de comportamiento en las últimas tres horas o menos (18-C-7)

Si el estado del paciente se desconoce o si los otros códigos no aplican, el AEM debe iniciar una respuesta de 18-B-1. Si el llamante reporta que la persona que está sufriendo síntomas de dolor de cabeza está respirando normalmente (Pregunta Clave 2) y no tiene ninguno de los síntomas identificados en las otras Preguntas Claves, el AEM debe iniciar una respuesta de 18-A-1. ●

#### Fuentes

- <sup>1</sup> “Migraine Fact Sheet.” Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (consultado el 19 de agosto 2015).
- <sup>2</sup> Véase nota 1.
- <sup>3</sup> Véase nota 1.
- <sup>4</sup> Véase nota 1.
- <sup>5</sup> Véase nota 1.
- <sup>6</sup> “Migraines and Headaches Health Center.” WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (consultado el 19 de agosto 2015).
- <sup>7</sup> “Diseases and Conditions: Migraines.” Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (consultado el 19 de agosto 2015).
- <sup>8</sup> Véase nota 1.

## USTED DEBE ESTAR CERTIFICADO EN LA DISCIPLINA MÉDICA PARA CONTESTAR ESTE EXAMEN

Las respuestas para el examen se encuentran en el artículo "Más que un simple dolor" que comienza en la página 16.  
Conteste este examen para obtener 1.0 de crédito para FCA.

- En los Estados Unidos, como \_\_\_\_\_ de personas sufren de migrañas.
  - 50 millones
  - 38 millones
  - 15 millones
  - 2 millones
- La herencia genética parece ser un factor que determina quién experimenta migrañas y quién no.
  - verdadero
  - falso
- Según la Clínica Mayo, ¿cuál de las siguientes bebidas puede desencadenar una migraña?
  - las bebidas con alto contenido de cafeína
  - las bebidas deportivas
  - el jugo de naranja
  - la leche
- Los pacientes que llaman a la ambulancia por causa de un dolor de cabeza tienen generalmente una causa subyacente más seria que aquellos pacientes que van al departamento de emergencia por sí mismos.
  - verdadero
  - falso
- La nueva ICA (información crítica para el AEM) en el Protocolo 18 impulsa al AEM a dar los resultados de la Herramienta de diagnóstico de ACV al personal del hospital, la hora de inicio de los síntomas y:
  - la información de contacto de quien haya presenciado el inicio de los síntomas.
  - los antecedentes de ataque cerebral del paciente.
  - los antecedentes de ataque cerebral de la familia del paciente.
  - cualquier medicamento que el paciente esté usando actualmente.
- Los dolores de cabeza que aparecen en la lista de "Tipo posiblemente severo y causas" en el Protocolo 18 son:
  - ruptura de aneurisma, hematoma epidural y hemorragia intracerebral.
  - infarto isquémico, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural.
  - tensión, dolor y fatiga.
  - hipertensión, meningitis y postraumático (cabeza golpeada).
- Si, después de hacer las Preguntas Clave 3-6 del Protocolo 18, el AEM identifica síntomas de ataque cerebral en el paciente, no es necesario hacer la Pregunta Clave 7.
  - verdadero
  - falso
- El AEM usará la Herramienta de diagnóstico de ACV para determinar si hay evidencia CLARA, \_\_\_\_\_, PARCIAL o si No existe evidencia de ataque cerebral.
  - FUERTE
  - DÉBIL
  - INDETECTABLE
  - OBVIA
- Si se determina que el paciente tiene problemas para hablar, el AEM debe asignar un Código de Determinante de nivel DELTA.
  - verdadero
  - falso
- Si el paciente está sufriendo síntomas de migraña, está respirando normalmente y no tiene otros síntomas identificados en las Preguntas Clave, ¿cuál es el Código de Determinante pertinente?
  - 18-C-1
  - 18-C-7
  - 18-B-1
  - 18-A-1



## Hoja de respuestas para examen de FCA

Por favor marque las respuestas de su examen en este formulario, recórtelo y déselo a su supervisor para que evalúe su examen in situ. Este examen vale 1.0 hora de crédito de FCA para la recertificación. Usted debe responder correctamente al menos 8 de las 10 preguntas a fin de recibir crédito.

Cuando complete una solicitud para la recertificación, documente los exámenes de FCA registrando la fecha en que cada examen fue completado, el título del artículo de FCA, la estación y el año de edición de la revista. Guarde los formularios de respuesta del examen de FCA por 2 años o hasta la próxima recertificación. La Academia se reserva el derecho de solicitar estos formularios si lo considera necesario.

Nombre \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Edo./Prov. \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Certificación de la Academia # \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

HOJA DE RESPUESTAS +  
MÉDICO

2016 Edición 2 International Journal "Más que un simple dolor"  
Por favor marque sus respuestas en la casilla correspondiente a continuación.

1.  A  B  C  D

2.  A  B

3.  A  B  C  D

4.  A  B

5.  A  B  C  D

6.  A  B  C  D

7.  A  B

8.  A  B  C  D

9.  A  B

10.  A  B  C  D



## MAIS DO QUE APENAS UMA DOR

### Protocolo 18: Dor de cabeça

Josh McFadden

**D**or de cabeça não é uma dor realmente rara. Na verdade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que “quase todo mundo tem dor de cabeça de vez em quando”. Dores de cabeça podem variar em gravidade, podendo ser um leve desconforto que dura alguns minutos, ou uma dor constante e debilitante.

Às vezes, uma dor de cabeça é imperceptível e não causa nenhum efeito na rotina diária da pessoa ou na sua capacidade de desempenhar suas funções, ou desfrutar de certas atividades. Outras vezes, no entanto, uma dor de cabeça pode fazer com que crianças e adultos sejam incapazes de desempenhar suas funções diárias a nível normal.

Um tipo conhecido de dor de cabeça é enxaqueca. Enxaqueca é uma doença neurológica que é muito mais que uma simples dor de cabeça.

Enxaqueca é caracterizada por uma dor latejante intensa em um lado da cabeça. Cerca de um terço dos casos de enxa-

Uma em cada sete pessoas no mundo sofre de enxaqueca. Enxaqueca afeta três vezes mais mulheres nos Estados Unidos do que mulheres em outros países.

queca é acompanhado por dor em ambos os lados da cabeça. Enxaqueca também pode causar outros sintomas como náusea, vômito, tontura, distúrbios visuais e formigamento ou dormência na face, dedos

das mãos ou dos pés. Pessoas que sofrem de enxaqueca também podem ser excessivamente sensíveis à luz, tato ou cheiro.<sup>1</sup>

Enxaqueca não se limita apenas a dor física. Não é raro que pessoas que apresentam esta doença tenham crises de depressão, ansiedade ou insônia.<sup>2</sup>

#### Estatísticas

Pode ser surpreendente o número de pessoas que sofre de enxaqueca. Se você sofre de enxaqueca, você certamente não está sozinho.

Nos Estados Unidos, cerca de 38 milhões de pessoas sofrem de enxaqueca. O que seria equivalente a mais que 12 por cento da população. Em todo o mundo, uma em cada sete pessoas sofre de enxaqueca. Curiosamente, enxaqueca afeta três vezes mais mulheres nos Estados Unidos do que mulheres em outros países (18 por cento contra 6 por cento). Há uma probabilidade bastante elevada de que muitas pessoas que você conhece sofram de alguma for-



ma com essa doença: De fato, nos Estados Unidos uma em cada quatro famílias tem algum membro que sofre de enxaqueca.<sup>3</sup>

Enxaqueca parece afetar adultos jovens e de meia-idade mais do que qualquer outra faixa etária, e de fato é mais comum entre pessoas com idades entre 25–55. A doença também parece ter uma ligação com a hereditariedade da pessoa. Pai ou mãe com histórico de enxaqueca tem 40 por cento de chance de passar esse problema para os filhos. Se ambos os pais sofrerem de enxaqueca, as chances dos filhos herdarem o mesmo problema sobe para 90 por cento.<sup>4</sup>

Não há limites para enxaqueca. Episódios dolorosos podem afetar crianças, adultos e idosos. Na verdade, entre a população americana, o número de pessoas que sofrem de enxaqueca é maior do que a soma das pessoas que sofrem de diabetes e asma.

Ataques de enxaqueca podem durar de quatro horas a três dias. Para os 14 milhões de americanos que sofrem de ataques de enxaqueca diariamente, viver com a dor e o desconforto que essa doença traz é uma luta diária.<sup>5</sup>

#### As causas

Infelizmente, cientistas e profissionais da saúde não têm certeza sobre os fatores que podem desencadear enxaqueca. Uma explicação amplamente aceita é conhecida como a teoria neurovascular. Esta teoria afirma que “vários fatores iniciam uma atividade anormal no cérebro, que por sua vez, provoca alterações nos vasos sanguíneos do cérebro.”<sup>6</sup>

Segundo a organização americana de pesquisas médico-hospitalares "Mayo Clinic", enxaqueca pode ser causada por certos produtos como queijo, alimentos salgados e alimentos processados. É possível que pular refeições também pode desencadear um episódio de enxaqueca. A Mayo Clinic também afirma que aditivos alimentares (p. ex., aspartame), bebidas alcoólicas, bebidas com alto teor de cafeína, stress, atividade física intensa, mudanças no tempo e o uso de contraceptivos podem contribuir para uma crise de enxaqueca.<sup>7</sup>

Além disso, a Mayo Clinic afirma que enxaqueca pode ser causada por alterações no tronco cerebral ou desequilíbrio químico no cérebro, como a serotonina.

**Embora enxaqueca possa não ser considerado um problema que requer assistência de emergência, a cada 10 segundos, uma pessoa nos Estados Unidos vai parar no pronto-socorro devido a dor de cabeça ou enxaqueca.**

#### Abordado no protocolo médico

Na versão 13.0 do Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®), casos de enxaqueca são tratados com o Protocolo 18 “Dor de cabeça” e estão incluídos na lista de “tipos não graves e suas causas” juntamente com cefaléia vascular, sinusite e tensão.

Embora enxaqueca possa não ser considerado um problema que requer assistência de emergência, a cada 10 segundos, uma pessoa nos Estados Unidos vai parar no pronto-socorro devido a uma dor de cabeça ou enxaqueca.<sup>8</sup> Na verdade, como mencionado no Axioma 4: “Pacientes que ligam pedindo uma ambulância por motivo de dor de cabeça, geralmente têm uma causa subjacente mais grave do que os pacientes que chegam por eles mesmos nos postos de atendimento de emergência.”

É devido a possibilidade de haver uma causa subjacente grave que vários novos componentes foram adicionados ao Protocolo 18 na nova versão 13.0 do MPDS. Essas melhorias orientam especificamente o DEM sobre como lidar com um possível derrame cerebral identificado por esse protocolo. Incluem uma nova Pergunta-Chave, orientação para o uso da Ferramenta para Identificação de Derrame Cerebral, novas Regras e Axiomas, e uma nova ICD (Informações Críticas de Despachante)

que orienta o DEM a fornecer ao pessoal do hospital os resultados da Ferramenta para Identificação de Derrame Cerebral, incluindo a hora que os sintomas começaram e informações das pessoas que presenciaram o início dos sintomas.

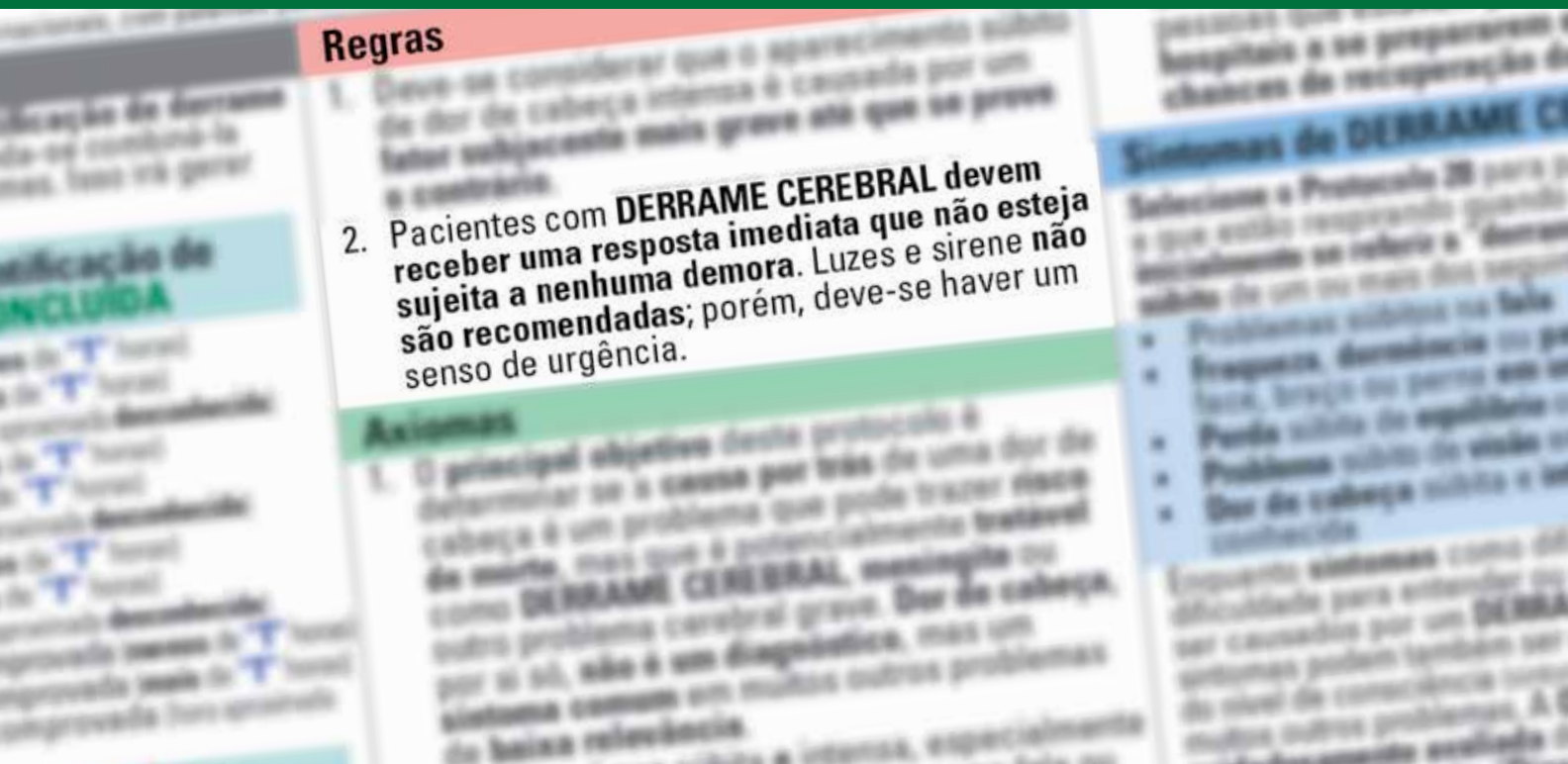
O Protocolo 18 contém sete Perguntas-Chave simples e diretas destinadas a determinar primeiro o nível de consciência e respiração do paciente (PC 1 e 2) e, em seguida, identificar qualquer outro sintoma que pode indicar uma causa subjacente grave da dor de cabeça. Por esta razão, as Perguntas-Chave 3–6 são fundamentais para determinar se o paciente apresenta sintomas de derrame cerebral.

Por exemplo, a Pergunta-Chave 4 do Protocolo 18 diz: “Houve um início repentino de dor intensa?” Esta pergunta é crucial porque como diz a Regra 1 “Deve-se considerar que o aparecimento súbito de dor de cabeça intensa é causado por um fator subjacente mais grave até que se prove o contrário.” Além disso, o Axioma 2 afirma: “Dor de cabeça súbita e intensa, especialmente quando associada com problemas na fala ou na coordenação motora (dormência ou paralisia), pode indicar o início de uma condição grave.”

Seis “tipos e causas graves” de dor de cabeça são identificados no Protocolo 18 como rompimento de aneurisma sacular, hematoma epidural, hemorragia intracerebral, enfarto isquêmico, hemorragia subaracnóide e hematoma subdural. Além disso, hipertensão, meningite e pós-traumático (golpe na cabeça) são mencionados como “tipos potencialmente graves e causas”.

Não é responsabilidade do DEM diagnosticar o problema do paciente, mas sim seguir o protocolo passo a passo, e fazer cada pergunta do protocolo assim como está escrito. As listas de vários tipos e causas servem simplesmente como referência para o DEM.

Conforme mencionado no Axioma 1, “O principal objetivo deste protocolo é determinar se a causa por trás de uma dor de cabeça é um problema que pode trazer risco de morte, mas que é potencialmente tratável como DERRAME CEREBRAL, meningite ou outro problema cerebral grave. Dor de cabeça, por si só, não é um diagnóstico, mas um sintoma comum em muitos outros problemas de baixa relevância.”



MPO5® v13.0, BZP-std. © 1979-2016 PDC.

Se o DEM identificar um sintoma de derrame cerebral durante o questionamento, ele deve fazer a nova Pergunta-Chave 7 “Exatamente a que horas estes sintomas (problema) começaram?” Se essa informação for desconhecida, o DEM deverá perguntar ao solicitante quando foi a última vez que o paciente pareceu normal. Tal como explicado nas Informações Adicionais, a hora que os sintomas começaram é uma informação importantíssima para o hospital e socorristas, pois a preparação da terapia, que será oferecida ao paciente, irá depender muito dessa informação.

Após fazer a pergunta sobre a hora do início dos sintomas, o DEM deverá usar a “Ferramenta para Identificação de Derrame Cerebral” para avaliar se existe alguma evidência CLARA, FORTE, PARCIAL de derrame ou determinar se não há nenhuma evidência de derrame. Em seguida, o DEM deverá adicionar aos resultados da ferramenta um sufixo, que será anexado ao Código Determinante para que a resposta correta de emergência seja enviada.

#### Iniciar uma resposta

Apesar de derrame cerebral ser um problema médico urgente, ele é classificado como uma resposta de nível CHARLIE. A Regra 2 explica que “pacientes com DER-

## O DEM deverá usar a ferramenta para avaliar o grau de evidência de derrame cerebral apresentado pelo paciente.

RAME CEREBRAL devem receber uma resposta imediata que não esteja sujeita a nenhuma demora. Luzes e sirene não são recomendadas; porém, deve-se haver um senso de urgência”. Por esta razão, os DEMs devem atribuir um Código Determinante de nível CHARLIE para os seguintes casos:

- não alerta (18-C-1)
- respiração anormal (18-C-2)
- problemas na fala (18-C-3)
- aparecimento súbito de dor intensa (18-C-4)
- dormência (18-C-5)
- paralisia (18-C-6)
- mudança de comportamento nas últimas três horas ou menos (18-C-7)

Se o estado do paciente for desconhecido ou outros códigos não se aplicarem, o DEM deve iniciar uma resposta 18-B-1. Se o solicitante informar que o paciente reclama de dor de cabeça, apresenta respiração normal (Pergunta-Chave 2) e não apresenta nenhum dos sintomas identificados pelas outras Perguntas-Chave, o DEM deverá iniciar uma resposta 18-A-1. ●

#### Referências Bibliográficas

- <sup>1</sup> “Migraine Fact Sheet.” Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (acessado em 19 de agosto, 2015).
- <sup>2</sup> Ver nota 1.
- <sup>3</sup> Ver nota 1.
- <sup>4</sup> Ver nota 1.
- <sup>5</sup> Ver nota 1.
- <sup>6</sup> “Migraines and Headaches Health Center.” WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (acessado em 19 de agosto, 2015).
- <sup>7</sup> “Diseases and Conditions: Migraines.” Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (acessado em 19 de agosto, 2015).
- <sup>8</sup> Ver nota 1.

**VOCÊ DEVE SER UM DESPACHANTE DE EMERGÊNCIA MÉDICA CERTIFICADO PARA FAZER ESTE TESTE.**

As respostas deste teste FCD encontram-se no artigo "Mais do que apenas uma dor" que começa na página 20.  
Faça esse teste para ganhar 1.0 crédito FCD.

1. Nos Estados Unidos, cerca de \_\_\_\_\_ de pessoas sofrem de enxaqueca.
  - a. 50 milhões
  - b. 38 milhões
  - c. 15 milhões
  - d. 2 milhões
  
2. Hereditariedade parece ser um fator que pode determinar se uma pessoa irá ter enxaqueca.
  - a. verdadeiro
  - b. falso
  
3. Segundo a Mayo Clinic, qual das seguintes bebidas pode desencadear um episódio de enxaqueca?
  - a. bebidas com alto teor de cafeína
  - b. bebidas esportivas
  - c. suco de laranja
  - d. leite
  
4. Pacientes que ligam pedindo uma ambulância por motivo de dor de cabeça, geralmente têm uma causa subjacente mais grave do que os pacientes que chegam por eles mesmos nos postos de atendimento de emergência.
  - a. verdadeiro
  - b. falso
  
5. A nova ICD (Informações Críticas de Despachante) do Protocolo 18 orienta o DEM a fornecer ao pessoal do hospital os resultados da Ferramenta para Identificação de Derrame Cerebral, incluindo a hora que os sintomas começaram e:
  - a. informações das pessoas que presenciaram o início dos sintomas.
  - b. histórico de derrame cerebral do paciente.
  - c. histórico médico familiar do paciente.
  - d. quaisquer medicamentos que o paciente costuma usar.
  
6. Os tipos potencialmente graves e causas mencionados no Protocolo 18 são:
  - a. rompimento de aneurisma sacular, hematoma epidural e hemorragia intracerebral.
  - b. enfarto isquêmico, hemorragia subaracnóide e hematoma subdural.
  - c. tensão, cefaléia vascular e sinusite.
  - d. hipertensão, meningite e pós-traumático (pancada na cabeça).
  
7. Se após fazer as Perguntas-Chave 3-6 do Protocolo 18, o DEM identificar sintomas de derrame cerebral no paciente, ele não precisa fazer a Pergunta-Chave 7.
  - a. verdadeiro
  - b. falso
  
8. O DEM deverá usar a Ferramenta para Identificação de Derrame Cerebral para avaliar se existe alguma evidência CLARA, \_\_\_\_\_, PARCIAL de derrame ou determinar se não há nenhuma evidência de derrame.
  - a. FORTE
  - b. FRACA
  - c. INDETECTÁVEL
  - d. ÓBVIA
  
9. Se for determinado que o paciente apresenta problemas na fala, o DEM deverá atribuir um Código Determinante de nível DELTA para o caso.
  - a. verdadeiro
  - b. falso
  
10. Se o paciente estiver apresentando sintomas de enxaqueca, respirando normalmente e não apresentar nenhum outro sintoma identificado pelas Perguntas-Chave, qual é o Código Determinante apropriado?
  - a. 18-C-1
  - b. 18-C-7
  - c. 18-B-1
  - d. 18-A-1



**Folha de respostas para teste FCD**

Por favor, marque as respostas das perguntas do teste neste formulário. Recorte somente o formulário e o entregue ao representante do setor de Garantia da Qualidade da sua central. Este teste vale 1.0 hora de crédito FCD para recertificação. Você deve responder corretamente pelo menos 8 das 10 perguntas para receber crédito.

Ao preencher o pedido de recertificação, especifique a data que cada teste foi concluído, o título do artigo FCD, ano e edição da revista. Guarde os formulários de respostas por dois anos ou até a sua próxima recertificação. A Academia se reserva o direito de solicitá-los, se necessário.

Nome \_\_\_\_\_

Organização \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Nº de Cert. da Academia \_\_\_\_\_

Telefone (     ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**FOLHA DE RESPOSTA + MÉDICO**

2016 Edição 2 International Journal "Mais do que apenas uma dor"  
Por favor, marque suas respostas nas caixas abaixo.

1.  A  B  C  D
2.  A  B
3.  A  B  C  D
4.  A  B
5.  A  B  C  D
6.  A  B  C  D
7.  A  B
8.  A  B  C  D
9.  A  B
10.  A  B  C  D



## MEER DAN ZOMAAR PIJN

### Protocol 18: Hoofdpijn

Josh McFadden

**H**oofdpijn is zelden ongewoon. De World Health Organization (WHO) stelt juist dat “bijna iedereen wel eens hoofdpijn heeft”. Hoofdpijn kan variëren in ernst en tijdsduur van een lichte irritatie die slechts enkele minuten duurt, tot een levensveranderende en slopende toestand die nagenoeg constant is.

Soms is hoofdpijn haast niet merkbaar, bijvoorbeeld als het geen invloed heeft op de dagelijkse routine of geen invloed heeft op de mogelijkheid om taken uit te voeren en van activiteiten te genieten. Op andere momenten daarentegen kan hoofdpijn kinderen en volwassenen ervan weerhouden om normaal te functioneren.

Een hoofdpijnsoort is migraine, een neurologische ziekte die veel meer inhoudt dan simpelweg een hevige hoofdpijn.

Migraines worden gekenmerkt door een intens, terugkerend en bonkend gevoel aan de zijkant van het hoofd. Ongeveer een derde van de migraineaanvallen gaan gepaard met pijn aan beide zieden van het hoofd.

Een op de zeven mensen op aarde ervaren migraines. Migraines treffen drie keer zoveel vrouwen in de VS als vrouwen in andere landen.

Migraines veroorzaken ook andere symptomen, zoals misselijkheid, duizeligheid, visuele stoornissen en verminderd gevoel of zwakheid in ofwel het gezicht, de vingers of de tenen. Diegenen die aan migraine lijden kunnen ook overgevoelig zijn voor geluid, licht, aanraking of geur!

Migraine patiënten kunnen meer dan enkel fysieke pijn ervaren. Het is niet zeldzaam

dat mensen met deze ziekte depressieve buien, angst en slaapproblemen ervaren.<sup>2</sup>

#### Statistieken

Voor sommigen kan het verwonderlijk zijn dat migraines veel voorkomen. Als u regelmatig migraines bestrijdt, bent u niet de enige.

In de Verenigde Staten lijden ongeveer 38 miljoen mensen aan migraines. Dit komt neer op meer dan 12 procent van de bevolking. Een op de zeven mensen op aarde ervaren migraines. Interessant is om te weten dat migraines drie keer zoveel vrouwen treffen in de VS als vrouwen in andere landen (18 procent t.o.v. 6 procent). De kans is vrij groot dat veel mensen om u heen deze belemmerende ziekte ervaren. Een op de vier huishoudens in de VS lijden aan migraines.<sup>3</sup>

Migraines lijken voornamelijk de jongvolwassenen en diegenen van middelbare leeftijd te treffen, aangezien de ziekte het meest voorkomt in de leeftijdsgroep



25–55 jaar. De ziekte lijkt eveneens een connectie met erfelijkheid te hebben. Een ouder met migraines heeft een kans van 40 procent om deze conditie door te geven aan zijn of haar kinderen. Het kan alarmerend zijn om te weten dat als beide ouders migraines ervaren, zij een kans van 90 procent hebben dat hun kinderen hetzelfde lot tegemoet gaan.<sup>4</sup>

Migraines kennen geen grenzen. Deze pijnlijke aanvallen kunnen worden ervaren door kinderen, volwassenen en ouderen. Onder Amerikanen komen migraines in feite meer voor dan diabetes en astma samen.

Migraineaanvallen kunnen vier uur tot drie dagen lang duren. Voor sommige mensen is het leven met de pijn van migraine en de bijbehorende ongemakken een dagelijkse strijd, aangezien 14 miljoen mensen in de VS dagelijks migraines ervaren.<sup>5</sup>

#### Oorzaken

Jammer genoeg zijn wetenschappers en medische professionals niet precies zeker over de oorzaak van migraines. Een alom geaccepteerde verklaring is bekend als de neurovasculaire theorie. Die theorie houdt in dat “verschillende aanleidingen abnormale hersenactiviteiten teweegbrengen, wat op hun beurt veranderingen in de bloedvaten van de hersenen veroorzaakt”.<sup>6</sup>

De Mayo Clinic heeft verklaard dat migraines mogelijk veroorzaakt kunnen worden door dingen zoals kazen, zout voedsel en bewerkte etenswaren. Het is mogelijk dat het overslaan van maaltijden ook een rol speelt in het voorvallen van migraines. De Mayo Clinic meldt evenzeer dat toegevoegde stoffen aan voedsel (namelijk, de zoetstof aspartaam), alcoholische dranken, dranken met een hoog cafeïne gehalte, stress, intense lichamelijke activiteiten, weersveranderingen en het gebruik van anticonceptie kunnen bijdragen aan het opkomen van migraine.<sup>7</sup>

Bovendien verklaart de Mayo Clinic dat migraines veroorzaakt kunnen worden door veranderingen in de hersenstam of onevenredigheden in hersenchemicaliën, zoals serotonine.

#### Behandeld in het medisch protocol

In het Medical Priority Dispatch System™ (MPDS®) v13.0 worden migraines behandeld in Protocol 18: Hoofdpijn en

Alhoewel niet iedereen een migraine beschouwt als een toestand waarvoor het waard is om naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis te gaan, moet men toch in overweging nemen dat in de Verenigde Staten elke 10 seconde een persoon naar de spoedeisende hulp gaat voor hoofdpijn of migraine.

deze zijn onderdeel van de “Niet-ernstige soorten en oorzaken” categorie samen met bijholteontsteking (sinusitis), clusterhoofdpijn en spanningshoofdpijn.

Alhoewel niet iedereen een migraine beschouwt als een toestand waarvoor het waard is om naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis te gaan, moet men toch in overweging nemen dat in de Verenigde Staten elke 10 seconde een persoon naar de spoedeisende hulp gaat voor hoofdpijn of migraine.<sup>8</sup> In feite, Axioma 4 duidt het volgende aan: “Patiënten die vanwege hoofdpijn om ambulancezorg vragen, hebben over het algemeen een ernstiger probleem dan degenen die zelf naar het ziekenhuis gaan.”

Vanwege de mogelijkheid dat er sprake is van een ernstiger probleem, zijn er verschillende nieuwe v13.0 componenten toegevoegd aan Protocol 18. Deze verduidelijkingen behandelen specifiek hoe de EMD moet handelen wanneer er sprake is van

een mogelijke beroerte. De verduidelijkingen betreffen: een nieuwe Sleutelvraag, een aanwijzing om het Hulpmiddel Beroerte Diagnose te gebruiken, nieuwe Regels en Axioma's, en een nieuwe BI (Belangrijke informatie voor de EMD) met de instructie voor de EMD om de resultaten van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose aan de ambulancebemanning te verstrekken, alsmede de tijd van het optreden van de symptomen en de contactinformatie van iemand die het optreden van de symptomen heeft waargenomen.

Protocol 18 bevat zeven directe en eenvoudige Sleutelvragen die zijn ontworpen om allereerst vast te stellen of de patiënt wakker is en ademt (SV 1 en 2) en om daarna andere symptomen te identificeren die een ernstigere onderliggende oorzaak voor hoofdpijn kunnen aanduiden. Om die reden zijn Sleutelvragen 3–6 van kritiek belang om te bepalen of de patiënt enige beroerte symptomen heeft vertoond.

Bijvoorbeeld, Sleutelvraag 4 in Protocol 18 luidt: “Ontstond er plotseling hevige pijn.” Deze vraag is cruciaal, omdat Regel 1 het volgende stelt: “Het plotseling optreden van hevige hoofdpijn duidt, tot het tegendeel is bewezen, op een meer ernstige onderliggende oorzaak.” Bovendien luidt Axioma 2 als volgt: “Hoofdpijn die plotseling optreedt en hevig is, vooral als deze gepaard gaat met spraak- of bewegingsstoornissen (verminderd gevoel of verlammingverschijnselen), kunnen een vroeg symptoom zijn van een ernstig ziektebeeld.

De zes “Ernstige soorten en oorzaken” van hoofdpijn die zijn geïdentificeerd in Protocol 18 zijn: aneurysmaruptuur, epiduraal hematoom, ischemisch infarct, intracerebrale bloeding, subarachnoidale bloeding en subduraal hematoom. Ook zijn hypertensie, meningitis en post-traumatisch (hoofd gestoten) vermeld als “Mogelijke ernstige soorten en oorzaken.”

Het is niet de verantwoordelijkheid van de EMD om de diagnose te stellen voor het probleem van de patiënt, maar het is wel de verantwoordelijkheid van de EMD om het protocol stap voor stap te volgen en de vragen te stellen zoals die zijn vermeld. De samenhangende lijsten met soorten en oorzaken dienen simpelweg als referentiemateriaal voor de EMD.

Kortgezegd en zoals beschreven in Axioma 1: “Het voornaamste doel van dit pro-



MPDS® v13.0, NAE-std. © 1979–2016 PDC.

toocol is om te bepalen of de onderliggende oorzaak van de hoofdpijn een levensbedreigende maar mogelijk te behandelen toestand is, zoals een beroerte, meningitis of een andere serieuze hersenaandoening. Hoofdpijn op zichzelf is geen diagnose maar een algemeen symptoom van veel niet-urgente problemen.”

Als de EMD een beroerte symptoom identificeert tijdens het stellen van de Sleutelvragen, dan vervolgt de EMD met het stellen van de nieuwe Sleutelvraag 7: “Zeg mij precies hoe laat deze klachten (problemen) zijn begonnen.” Indien dit onbekend is, dan stelt de EMD de vraag over het laatste tijdstip waarop de patiënt normaal leek. Zoals beschreven in de Aanvullende Informatie is het tijdstip van het optreden van de symptomen van groot belang voor het ziekenhuis en de hulpverleners voor de voorbereiding van de behandeling van de patiënt.

Na het vragen over het oorspronkelijke optreden, zal de EMD het Hulpmiddel Beroerte Diagnose toepassen om te beoordelen of er een OVERDUIDELIJK, STERK, GEDEELTELIJK of Geen bewijs voor een beroerte is. De EMD gebruikt dan de resultaten van het hulpmiddel om de toevoeging aan de Beslissingscode te formuleren, waarmee de correcte inzet tot stand komt.

## De EMD gebruikt de resultaten van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose, waarmee de correcte inzet tot stand komt.

### Inzet initiëren

Alhoewel een beroerte een tijdgevoelige gebeurtenis is, wordt het geclassificeerd met een CHARLIE-niveau inzet. Regel 2 verklaart: “Een BEROERTE moet altijd direct en zonder vertraging worden behandeld.” Daarom moeten EMD's een CHARLIE-niveau Beslissingscode toekennen aan melders met ten minste één van de volgende klachten:

- Verminderd bewustzijn, niet helemaal wakker (18-C-1)
- Abnormale ademhaling (18-C-2)
- Spraakproblemen (18-C-3)
- Plotseling ontstaan van hevige pijn (18-C-4)
- Verminderd gevoel (18-C-5)

- Verlamming (18-C-6)
- Gedragsverandering in minder of gelijke aan de laatste drie uur (18-C-7)

Als de toestand van de patiënt onbekend is of als andere codes niet van toepassing zijn, moet de EMD een 18-B-1 inzet initiëren. Als de melder vertelt dat de persoon lijdt aan hoofdpijn symptomen, normaal ademt (Sleutelvraag 2) en geen symptomen uit de andere Sleutelvragen vertoont, dan moet de EMD een 18-A-1 inzet initiëren. ●

### Bronnen

- <sup>1</sup> “Migraine Fact Sheet.” Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/factsheet.html> (geraadpleegd 19 augustus 2015).
- <sup>2</sup> Zie bron 1.
- <sup>3</sup> Zie bron 1.
- <sup>4</sup> Zie bron 1.
- <sup>5</sup> Zie bron 1.
- <sup>6</sup> “Migraines and Headaches Health Center.” WebMD. 882015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (geraadpleegd 19 augustus 2015).
- <sup>7</sup> “Diseases and Conditions: Migraines.” Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (geraadpleegd 19 augustus 2015).
- <sup>8</sup> Zie bron 1.

**OM DIT EXAMEN AF TE LEGGEN MOET U GECERTIFICEERD ZIJN IN GEBRUIK VAN HET MPDS**

De antwoorden op dit VVT-examen kunnen worden gevonden in het artikel "Meer dan zomaar pijn" op pagina 24.  
Leg dit examen af voor 1,0 VVT-uur.

- In de Verenigde Staten lijden ongeveer \_\_\_\_\_ mensen aan migraines.
  - 50 miljoen
  - 38 miljoen
  - 15 miljoen
  - 2 miljoen
- Of een persoon migraines zal ervaren lijkt onder meer afhankelijk te zijn van erfelijkheid.
  - goed
  - fout
- Welk van de volgende dranken kunnen volgens de Mayo Clinic migraines veroorzaken?
  - dranken met een hoog cafeïne gehalte
  - sportdranken
  - sinaasappelsap
  - melk
- Patiënten die vanwege hoofdpijn om ambulancezorg vragen, hebben over het algemeen een minder ernstig probleem dan degenen die zelf naar het ziekenhuis gaan.
  - goed
  - fout
- De nieuwe BI (Belangrijke Informatie voor de EMD) in Protocol 18 geeft de EMD de opdracht om de resultaten van het Hulpmiddel Beroerte Diagnose aan de ambulancebemanning te verstrekken, alsmede de tijd van het optreden van de symptomen en:
  - de contactinformatie van iemand die het optreden van de symptomen heeft waargenomen.
  - de voorgeschiedenis met beroerte voor deze patiënt.
  - de medische voorgeschiedenis van de familie van de patiënt.
  - iedere medicatie die de patiënt momenteel neemt.
- De "Mogelijke ernstige soorten en oorzaken" van hoofdpijn beschreven in Protocol 18 zijn:
  - aneurysmaruptuur, epiduraal hematoom en intracerebrale bloeding.
  - ischemisch infarct, subarachnoïdale bloeding en subduraal hematoom.
  - spanningshoofdpijn, clusterhoofdpijn en bijholteontsteking (sinusitis).
  - hypertensie, meningitis en post-traumatisch (hoofd gestoten).
- Als de EMD, na het stellen van Sleutelvragen 3-6 in Protocol 18, beroerte symptomen identificeert bij de patiënt, dan is het niet noodzakelijk om Sleutelvraag 7 te stellen.
  - goed
  - fout
- De EMD zal het Hulpmiddel Beroerte Diagnose toepassen om vast te stellen of er een OVERDUIDELIJK, \_\_\_\_\_, GEDEELTELIJK of Geen bewijs voor een beroerte is.
  - STERK
  - ZWAK
  - ONWAARNEEMBAAR
  - DUIDELIJK
- Als geconstateerd wordt dat de patiënt spraakproblemen heeft, moet de EMD een DELTA-niveau Beslissingscode toekennen.
  - goed
  - fout
- Wat is de meest gepaste Beslissingscode als de patiënt lijdt aan migraine symptomen, normaal ademt en geen andere symptomen uit de Sleutelvragen vertoont?
  - 18-C-1
  - 18-C-7
  - 18-B-1
  - 18-A-1

**Antwoordblad VVT-examen**

Noteer uw antwoorden op dit formulier, knip het uit en geef het aan uw kwaliteitsborgingsmanager voor nakijken. Het succesvol afleggen van dit examen geldt als één vervolgotrainingsoor en telt mee voor het totaal aantal uren dat u nodig heeft voor hercertificering. U moet tenminste 8 van de 10 vragen juist beantwoorden om dit vervolgotrainingsoor te laten meetellen.

Geef een lijst bij het hercertificerings-aanvraagformulier met de afgelegde VVT-examens, inclusief de data van afleggen, namen van de artikelen en nummer en jaar van the Journal voor ieder VVT-examen. Bewaar de VVT-examens twee jaar of tot de volgende ronde voor hercertificering. De Academie reserveert het recht om deze VVT-examens op te vragen, indien nodig.

Naam \_\_\_\_\_

Organisatie \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Postcode \_\_\_\_\_

Academy Cert. # \_\_\_\_\_

Telefoonnummer ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**ANTWOORDBLAD  AMBULANCEZORG**

2016 nummer 2 "Meer dan zomaar pijn"  
Vul hieronder het vakje naast het juiste antwoord.

1.  A  B  C  D

2.  A  B

3.  A  B  C  D

4.  A  B

5.  A  B  C  D

6.  A  B  C  D

7.  A  B

8.  A  B  C  D

9.  A  B

10.  A  B  C  D

الورقة البريدية لإجابات اختبار التعليم المستمر للإرسال

الرجاء تحديد إجاباتك للأسئلة للاختبار بوضع علامة عند الرمز المناسب على هذا النموذج، ثم قم بقص هذا النموذج وإعطائه إلى مدير الجودة والذي سيقوم بتصحيح الاختبار على الفور. قيمة هذا الاختبار هو ساعة واحدة من رصيد ساعات برنامج التعليم المستمر المطلوبة لإعادة الترخيص. يجب عليك أن تجيب على ٨ أسئلة على الأقل من أصل ١٠ بشكل صحيح حتى تحصل على رصيد الساعات المذكور.

عند تعيينك لطلاب إعادة الترخيص، قم بتوثيق اختبارات التعليم المستمر للإرسال عن طريق تسجيل تاريخ الإنهاء من كل اختبار، وعنوان مقالة التعليم المستمر، وموسموسنة إصدار عدد المجلة، احفظ بنماذج إجاباتك للاختبارات التعليم المستمر للإرسال لمدة سنتين أو حتى استحقاق إعادة الترخيص المقبل. تحتفظ الأكاديمية بحق المطالبة بهذه النماذج عند الحاجة.

الاسم \_\_\_\_\_  
المنظمة \_\_\_\_\_  
العنوان \_\_\_\_\_  
المدينة \_\_\_\_\_  
الدولة \_\_\_\_\_  
الرمز البريدي \_\_\_\_\_  
رقم ترخيص شهادة الأكاديمية \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_

نموذج الإجابة الطبي

٢٠١٦ العدد ٢ المجلة الدولية "أكثر من مجرد ألم" الرجااء وضع علامة عند رمز الإجابة الصحيحة أدناه.

١.  أ  ب  ج  د
٢.  أ  ب
٣.  أ  ب  ج  د
٤.  أ  ب
٥.  أ  ب  ج  د
٦.  أ  ب  ج  د
٧.  أ  ب
٨.  أ  ب  ج  د
٩.  أ  ب
١٠.  أ  ب  ج  د

يجب أن تكون مرسل طوارئ طبية مرخص من أجل أخذ هذا الاختبار

توجد الإجابات حول هذا الاختبار في مقالة "أكثر من مجرد ألم" التي تبدأ في صفحة رقم ١. أجري هذا الاختبار وسوف تحصل على وحدة واحدة في برنامج التعليم المستمر للإرسال.

١. يوجد حوالي \_\_\_\_\_ مليون شخص في الولايات المتحدة يعانون من الصداع النصفي.
- أ. ٥٠ مليون
  - ب. ٣٨ مليون
  - ج. ١٥ مليون
  - د. ٢ مليون

٢. يبدو إن العامل الوراثي له علاقة بالإصابة بمرض الصداع النصفي.

- أ. صح
- ب. خطأ

٣. حسب تقارير عبادة مآيو، أي من المشروبات التالية قد تكون من مسببات الصداع النصفي؟

- أ. المشروبات المحذوبة على مادة الكافيين بنسبة عالية
- ب. مشروبات الطاقة
- ج. عصير البرتقال
- د. الحليب

٤. إن المرضى الذين يتصلون بسبب صداع غالباً ما يكون لهم سبب أكثر خطورة من المرضى الذين يذهبون بأنفسهم إلى قسم طوارئ المستشفى.

- أ. صح
- ب. خطأ

٥. إن المعلومات المهمة للإرسال الجديدة في بروتوكول ١٨ تسمح لمرسل الطوارئ الطبية على تقديم إلى طاقم المستشفى نتائج أداة تشخيص السكتة الدماغية ووقت بداية الأعراض، وكذلك:

- أ. معلومات الاتصال بأي شخص شاهد بداية الأعراض.
- ب. تاريخ المريض بالإصابة بالسكتة الدماغية.
- ج. التاريخ الصحي لعائلة المريض.
- د. الأدوية التي يتعاطاها المريض في الوقت الحاضر.

٦. تحتوي قائمة "من المحتمل أن تكون أنواع وأسباب خطيرة" في بروتوكول ١٨ على:

- أ. تمزق الوعاء الدموي في المخ على شكل حبة التوت، ورم دموي في أغشية السحايا، ونزيف داخل المخ.
- ب. الالتهاب الدماغى، نزيف حول المخ، وورم دموي تحت أغشية السحايا.
- ج. الصداع العنقودي، الجيوب الأنفية، والتوتر.
- د. ضغط الدم، التهاب السحايا، ومضاعفات ما بعد الإصابة.

٧. بعد طرح الأسئلة الرئيسية ٣-٦ في بروتوكول ١٨، إذا حدد مرسل الطوارئ الطبية أعراض السكتة الدماغية لدى المريض، فإنه ليس ضروريا طرح السؤال الرئيسي ٧.

- أ. صح
- ب. خطأ

٨. سوف يقوم مرسل الطوارئ الطبية باستخدام أداة تشخيص السكتة الدماغية وذلك لتحديد وجود دليل واضح، جزئي، أو لا يوجد دليل في الاختبار على السكتة الدماغية.

- أ. قوي
- ب. ضعيف
- ج. غير معروف
- د. معروف

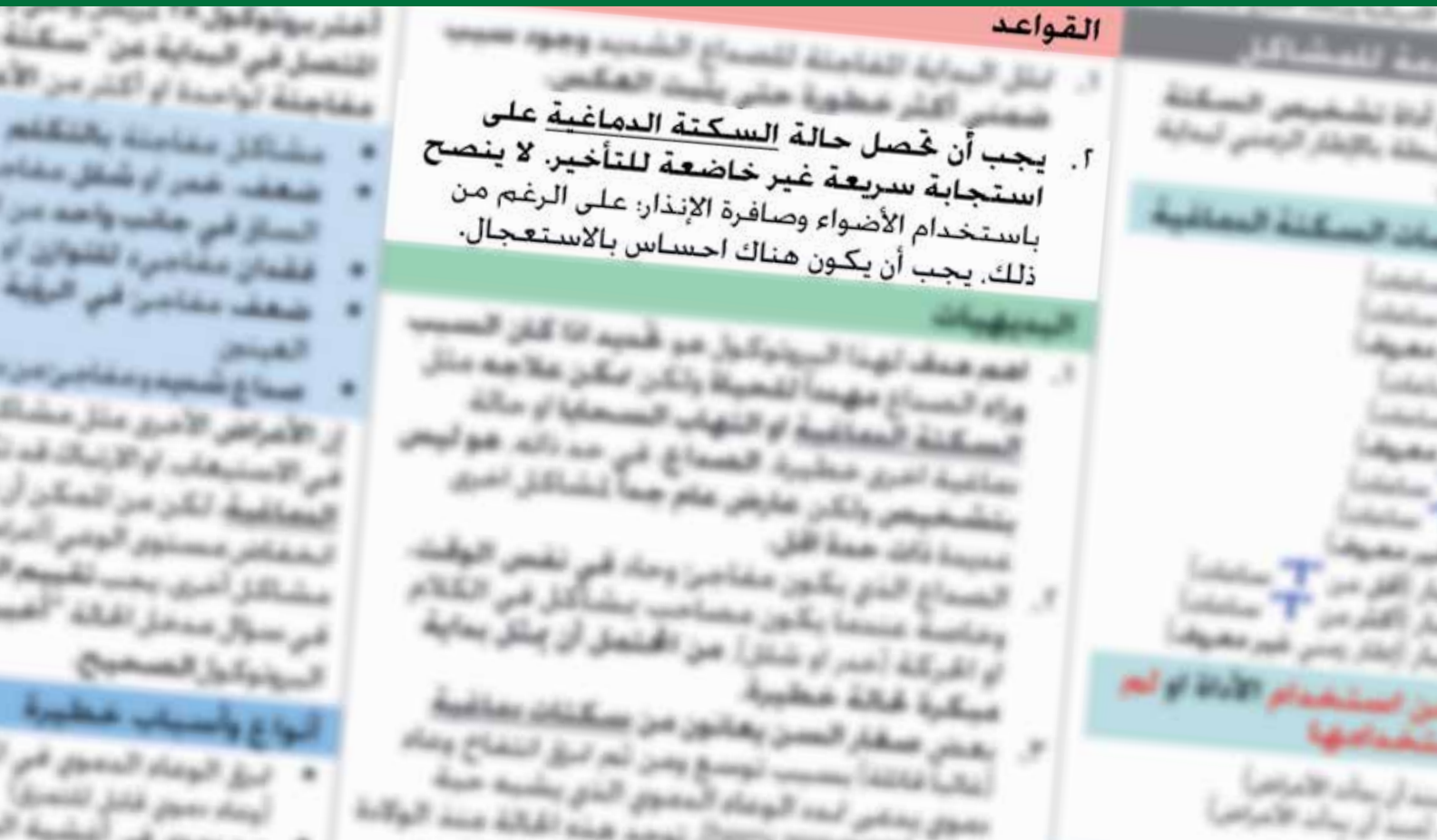
٩. إذا تم تحديد إن المريض يعاني من مشاكل بالتكلم، فينبغي على مرسل الطوارئ الطبية تعيين رمز محدد مستوى دلته.

- أ. صح
- ب. خطأ

١٠. إذا المريض يعاني من أعراض صداع نصفي ويتنفس بشكل طبيعي ولا يعاني من أي أعراض السكتة الدماغية المحددة في الأسئلة الرئيسية الأخرى، فما هو أنسب رمز محدد لهذه الحالة؟

- أ. ١٨-C-١
- ب. ١٨-C-٧
- ج. ١٨-B-١
- د. ١٨-A-١





13.0. نظام أولوية إرسال الطوارئ الطبية النسخة © ARA-std. شركة بروبريتي دسباتش

نصفي ويتنفس بشكل طبيعي (السؤال الرئيسي ٢) ولا يعاني من أي من أعراض السكتة الدماغية المحددة في الأسئلة الرئيسية الأخرى، فينبغي على مرسل الطوارئ الطبية بدء استجابة الرمز ١-١٨-A-1. ●

**المصادر**

١ "Migraine Fact Sheet." Migraine Research Foundation. 2015. <http://www.migraineresearchfoundation.org/fact-sheet.html> (accessed Aug. 19, 2015).

٢ راجع الملاحظة رقم ١.

٣ راجع الملاحظة رقم ١.

٤ راجع الملاحظة رقم ١.

٥ راجع الملاحظة رقم ١.

٦ "Migraines and Headaches Health Center." WebMD. 2015. <http://www.webmd.com/migraines-headaches/guide/migraines-headaches-basics> (accessed Aug. 19, 2015).

٧ "Diseases and Conditions: Migraines." Mayo Clinic. 2015. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/basics/causes/con-20026358> (accessed Aug. 19, 2015).

٨ راجع الملاحظة رقم ١.

**البدء بالاستجابة**  
 بالرغم من إن السكتة الدماغية تعتبر حالة حساسة من ناحية الوقت، لكنها مصنفة على إنها استجابة مستوى تشارلي. تشرح القاعدة ٢، «يجب أن تحصل حالة السكتة الدماغية على استجابة سريعة غير خاضعة للتأخير. لا ينصح باستخدام الأضواء وصافرة الإنذار؛ على الرغم من ذلك، يجب أن يكون هناك إحساس بالاستعجال.» لهذا السبب، ينبغي على مرسل الطوارئ الطبية تعيين رمز محدد مستوى تشارلي الى المتصلين الذين يعانون من إحدى الأعراض التالية:

- غير منتهب (١-١٨-C)
- تنفس غير طبيعي (٢-١٨-C)
- مشاكل بالكلام (٣-١٨-C)
- بداية مفاجئة للحم قاسي (٤-١٨-C)
- خدر (٥-١٨-C)
- شلل (٦-١٨-C)
- تغير في السلوك في الثلاث ساعات الماضية أو أقل (٧-١٨-C)

إذا كانت حالة المريض غير معروفة أو الرموز الأخرى لا تنطبق، ينبغي على مرسل الطوارئ الطبية البدء باستجابة الرمز ١-١٨-B-1. إذا أبلغ المتصل عن وجود شخص يعاني من أعراض صداع

بإيجاز، وكما هو مبين في البيدهية ١، «أهم هدف لهذا البروتوكول هو تحديد إذا كان السبب وراء الصداع مهددا للحياة ولكن ممكن علاجه مثل السكتة الدماغية أو التهاب السحايا أو حالة دماغية أخرى خطيرة. الصداع، في حد ذاته، هو ليس بتشخيص ولكن عارض عام جداً لمشاكل أخرى عديدة ذات حدة أقل.»

إذا قام مرسل الطوارئ الطبية بتشخيص أعراض السكتة الدماغية في مرحلة الأسئلة الرئيسية، يجب طرح السؤال الرئيسي ٧ الجديد، «بالتحديد ما هو الوقت الذي بدأت فيه هذه الأعراض (المشكلة)؟» إذا كان الجواب غير معروف، فسوف يسأل مرسل الطوارئ الطبية عن الإطار الزمني لمتى كانت آخر مرة شوهد فيها المريض طبيعي. وكما تم توضيحه في قسم المعلومات الإضافية، يعتبر وقت بداية الأعراض مهما للمستشفى والمستجيبين حيث يلعب دورا مهما في تحضير علاج المريض.

بعد السؤال عن وقت بدء الأعراض، سوف يقوم مرسل الطوارئ الطبية باستخدام أداة تشخيص السكتة الدماغية وذلك لتحديد وجود دليل واضح، قوي، جزئي، أو لا يوجد دليل في الاختبار على السكتة الدماغية. ثم يقوم مرسل الطوارئ الطبية بإضافة نتائج التشخيص على شكل اختصار ملحق برمز المحدد، والذي يؤخذ بعين الاعتبار في الاستجابة الصحيحة.



يحتوي بروتوكول ١٨ على سبعة أسئلة رئيسية مباشرة وبسيطة، وهي مصممة أولاً لتحديد مستوى الانتباه والتنفس لدى المريض (السؤال الرئيسي ١ و ٢) وتم تحديد أي أعراض أخرى قد تشير إلى وجود سبب ضمني للصداع أكثر خطورة. لهذا السبب، تعتبر الأسئلة الرئيسية ٣-٦ مهمة جداً لتحديد أعراض السكتة الدماغية عند المريض. على سبيل المثال، يعتبر السؤال الرئيسي ٤ في بروتوكول ١٨، «هل كانت هناك بداية مفاجئة للألم قاسي؟» ذو أهمية بالغة لأن القاعدة ١ تقول، «تمثل البداية المفاجئة للصداع الشديد وجود سبب ضمني أكثر خطورة حتى يثبت العكس.» بالإضافة إلى ذلك، تشير البديهية ٢، «الصداع الذي يكون مفاجئ وحاد في نفس الوقت، وخاصة عندما يكون مصاحب بمشاكل في الكلام أو الحركة (خدر أو شلل)، من المحتمل أن يمثل بداية مبكرة لحالة خطيرة.»

كذلك في بروتوكول ١٨ تم تحديد ستة «أنواع وأسباب خطيرة» للصداع مثل، تمزق الوعاء الدموي في المخ على شكل حبة التوت، ورم دموي في أغشية السحايا، نزيف داخل المخ، الاحتشاء الدماغى، نزيف حول المخ، وورم دموي تحت أغشية السحايا. بالإضافة إلى ذلك تم إدراج فرط ضغط الدم، التهاب السحايا، ومضاعفات ما بعد الإصابة إلى قائمة «من المحتمل أن تكون أنواع وأسباب خطيرة.»

إن تشخيص مشكلة المريض ليست من مسؤوليات مرسل الطوارئ الطبية لكن مسؤوليته هي اتباع البروتوكول خطوة بخطوة وطرح كل سؤال كما هو مكتوب. أما بالنسبة إلى القوائم التي تشير إلى الأنواع والأسباب المتعددة فإنها تستخدم مثل المرجع لمرسل الطوارئ الطبية.

بالإضافة إلى ذلك، أشارت عيادة مايو بأن مرض الصداع النصفي قد يحدث بسبب تغيرات في الخلايا الجذعية للدماغ أو خلل في المواد الكيميائية في الدماغ، مثل مادة السيروتونين.

### التعامل مع الحالة في البروتوكول الطبي

في نظام أولوية إرسال الطوارئ الطبية النسخة ١٣، يتم التعامل مع مرض الصداع النصفي في بروتوكول ١٨: صداع، ويدرج الصداع النصفي في قائمة «أنواع وأسباب ليست خطيرة» مع كل من الصداع العنقودي، الجيوب الأنفية، والتوتر. بالرغم من إن البعض قد يعتبر الصداع النصفي حالة تستحق رعاية طارئة، وذلك إذا أخذنا بعين الاعتبار بأن شخص واحد في الولايات المتحدة يذهب إلى قسم الطوارئ كل ١٠ ثواني بسبب الصداع أو الصداع النصفي.<sup>٨</sup> في الحقيقة، تشير البديهية ٤ إلى «إن المرضى الذين يتصلون بسبب صداع غالباً ما يكون لهم سبب أكثر خطورة من المرضى الذين يذهبون بأنفسهم إلى قسم طوارئ المستشفى.»

ونتيجة احتمالية السبب الأكثر خطورة تم إضافة عدة مكونات جديدة في بروتوكول ١٨ النسخة ١٣. بالتحديد تقوم هذه التحسينات بإرشاد مرسل الطوارئ الطبية على كيفية التعامل مع احتمالية السكتة الدماغية التي يتم التعرف عليها في هذا البروتوكول، وذلك عن طريق الأسئلة الرئيسية، استخدام أداة تشخيص السكتة الدماغية، قواعد وبديهيات جديدة، معلومات مهمة للإرسال جديدة والتي تسمح لمرسل الطوارئ الطبية على تقديم إلى طاقم المستشفى نتائج أداة تشخيص السكتة الدماغية ووقت بداية الأعراض ومعلومات الاتصال بأي شخص شاهد بداية الأعراض.

البالغين، كبار السن. في الحقيقة، مرض الصداع النصفي أكثر شيوعاً عند الأمريكيين من مرض السكري والربو مجتمعان. يمكن لنوعية الصداع النصفي أن تستمر من أربعة ساعات إلى ثلاثة أيام. بالنسبة لبعض الناس، يمثل العيش مع مشقة وألم الصداع النصفي معاناة يومية، حيث يصل عدد الأشخاص الذين يعانون من الصداع النصفي في الولايات المتحدة إلى ١٤ مليون شخص في اليوم الواحد.<sup>٩</sup>

### الأسباب

وللأسف لم يتمكن لحد الآن العلماء والأطباء من التعرف بالضبط عن مسبب الصداع النصفي. يعرف أمد التفسيرات المقبولة على نطاق واسع بأسم نظرية الأوعية الدموية والعصبية. حيث توضع هذه النظرية «وجود أسباب متعددة تسبب نشاط عصبي غير طبيعي في الدماغ، والذي بدوره يقوم بتغيير الأوعية الدموية في الدماغ.»<sup>٦</sup> وصرحت عيادة مايو، وهي عيادة شهيرة لتقديم الرعاية الطبية في الولايات المتحدة، بأن مسببات وراء الصداع النصفي هي أشياء محددة مثل الأوجان، الطعام المالح، والأطعمة المعلبة. وقد يكون عدم تناول إحدى وجبات الطعام الرئيسية يمثل أحد العوامل المؤثرة على مرض الصداع النصفي. وأضافت عيادة مايو بأن من مسببات المرض هو اللدمان على بعض الطعام والشراب (المحتوية على مادة الأسبارتام السكرية) مثل المشروبات الكحولية والمشروبات المحتوية على مادة الكافيين بنسبة عالية، وكذلك قد يحدث مرض الصداع النصفي بسبب الإجهاد، النشاط البدني المكثف، تغيرات المناخ، والأدوية المستخدمة لمنع الحمل.<sup>٧</sup>



## أكثر من مجرد ألم بروتوكول ١٨ : صداع

جوش مكفادين

النصفي، فكن على يقين أنك لست الشخص الوحيد الذي يعاني من هذا المرض. حيث يوجد حوالي ٢٨ مليون شخص في الولايات المتحدة يعانون من الصداع النصفي. ويمثل هذا العدد أكثر من ١٢ في المئة من عدد السكان. من المثير للاهتمام إن شخص واحد من كل سبعة أشخاص في العالم يعاني من الصداع النصفي. في الولايات المتحدة يصيب الصداع النصفي النساء بنسبة تتجاوز ثلاثة أضعاف إصابة النساء في البلدان الأخرى (١٨ في المئة مقابل ٦ في المئة). إن فرص الإصابة بهذا المرض من قبل الأشخاص الذين تعرفهم تكون عالية: حيث إن عائلة واحدة من كل أربع عائلات لديها شخص يعاني من الصداع النصفي.<sup>٢</sup> يبدو أن الصداع النصفي يصيب البالغين في منتصف العمر أكثر من أي مجاميع عمرية أخرى، حيث إن المرض أكثر شيوعاً بين البالغين في عمر ٢٥-٥٥ عام. كذلك إن لهذا المرض علاقة بالعمل الوراثي. إن لدى أحد الوالدين فرصة ٤٠ في المئة في نقل العامل الوراثي المسبب للمرض إلى الأطفال. ومن المثير للقلق، إذا كان كلا الوالدين مصابين بالصداع النصفي، فإن فرصة نقل المرض من الوالدين إلى الأطفال تصل إلى ٩٠ في المئة.<sup>٤</sup> لا توجد حدود لمرض الصداع النصفي. حيث يمكن لهذه الأعراض المؤلمة أن تصيب الأطفال،

### إن شخص واحد من كل سبعة أشخاص في العالم يعاني من الصداع النصفي. في الولايات المتحدة يصيب الصداع النصفي النساء بنسبة تتجاوز ثلاثة أضعاف إصابة النساء في البلدان الأخرى.

وأيضاً يمثل المرض لهؤلاء الأشخاص أكثر من مجرد حالة جسدية. فمن الشائع أن يعاني المرضى من نوبات من الاكتئاب، القلق، أو اضطرابات في النوم.<sup>٢</sup>

#### الإحصائيات

قد يكون من المفاجئ معرفة مدى انتشار الصداع النصفي، إذا كنت تصارع مرض الصداع

إن الصداع يعتبر من الحالات التي نادراً ما تكون غير شائعة. في الحقيقة، وضحت منظمة الصحة العالمية بأن «تقريباً كل شخص يعاني من الصداع بين حين وآخر.» تتراوح شدة الصداع والفترة الزمنية لبقاء الحالة من انزعاج طفيف لبضع دقائق إلى حالة مرهقة مستمرة.

في بعض الأحيان، من الصعب تمييز ألم الصداع، لأنه لا يؤثر على الحياة اليومية أو القدرة على إنجاز المهام أو التمتع بالفعاليات اليومية. ولكن في أحيان أخرى، يمكن للصداع أن يجعل الصغار والكبار على حد سواء غير قادرين على أداء أعمالهم بصورة طبيعية.

يعتبر الصداع النصفي من أهد أنواع الصداع، وهو من الأمراض العصبية الذي يعتبر أكثر من كونه صداع شديد.

يتم تصنيف الصداع النصفي حسب شدة الحالة وتكرار الشعور بالألم على أحد جانبي الرأس، من الجدير بالذكر إن حوالي ثلث حالات الصداع النصفي تكون مصاحبة بالألم على جانبي الرأس. يسبب الصداع النصفي أيضاً أعراض أخرى مثل الغثيان، التقيؤ، الدوار، اضطراب في الرؤية، والتنميل أو الخدر في الوجه، أصابع اليد، أو أصابع القدم. يمكن للأشخاص المصابين بالصداع النصفي أن يعانون من الحساسية المفرطة للصوت، الضوء، اللمس، والرائحة.<sup>١</sup>



# the JOURNAL

of emergency dispatch | international

أكثر من مجرد ألم  
بروتوكول ١٨ : ضداع

iaedjournal.org

