

DOLORE

Definizione ACCADEMICA

"Una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o, comunque, descritta come tale."

Associazione Internazionale Per Studio Dolore 1986

Definizione CLINICA

"E' ciò che il paziente dice esso sia, ed esiste ogni qual volta egli ne afferma l'esistenza"

Sternbeck 1974



DOLORE

Il dolore è sempre
un'esperienza soggettiva.

Ogni individuo apprende il significato di tale parola attraverso le esperienze correlate ad una lesione, già dal terzo trimestre di gravidanza.



Il dolore in area medica

- uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale
- invecchiamento della popolazione generale
- aumento delle patologie cronico degenerative (osteoarticolari, neurologiche e vascolari) e dei tumori



[Alford et al 2008]



La dimensione del problema

popolazione anziana

deterioramento cognitivo

ambiente internistico

Costantini et al 2002
Ripamonti et al 2000
Melotti et al 2005
Sichetti, Bandieri et al 2010

Molti pazienti ricevono un trattamento insufficiente a controllare il sintomo dolore

Il 50% dei pazienti ritiene che la qualità di vita non venga considerata una priorità della cura globale da parte dei sanitari.

Il consumo di morfina (e più in generale di opioidi) è considerato a livello internazionale l'indicatore di qualità dei programmi di controllo del dolore

opioidi

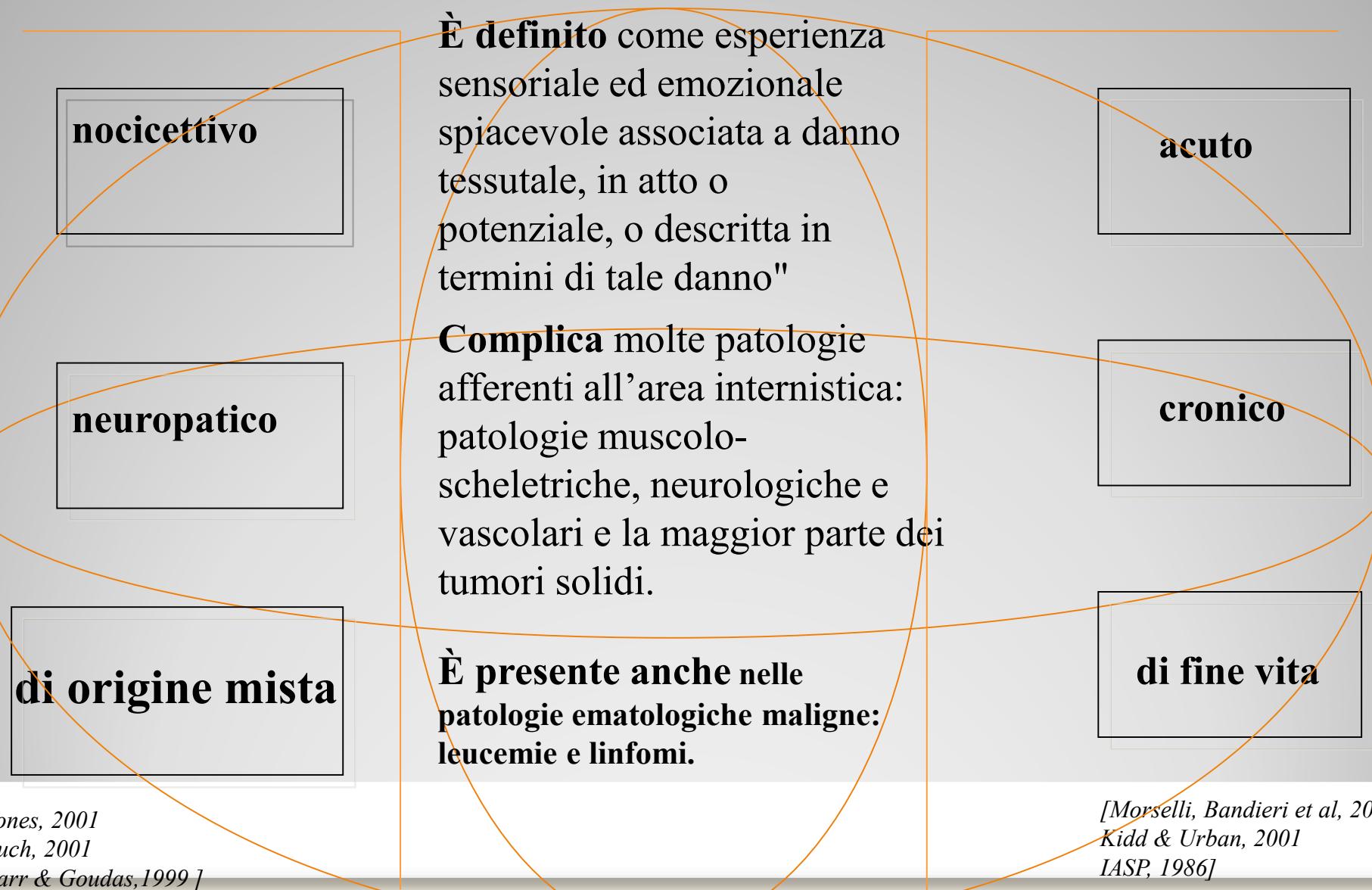
Impegno formativo

In Italia

[WHO, 2000
Breivik et al 2006
Breivik et al 2009
De Conno et al, 2005
Teno et al, 2001



Strategie di inquadramento



Le linee d'indirizzo per trattare il dolore in area medica

FINALITÀ

- diffondere la cultura **dell'attenzione al dolore/sofferenza della persona**, per l'umanizzazione delle cure e per la prevenzione dei danni derivanti da una sua cronicizzazione;
- **sensibilizzare il personale alla valutazione** del dolore per il suo adeguato controllo;
- facilitare un comportamento di **appropriatezza clinica**;
- garantire la **continuità terapeutico-assistenziale**.

OBIETTIVI

- garantire a tutti i pazienti la rilevazione dell'intensità soggettiva del dolore, attraverso l'utilizzo di **scale validate**;
- garantire il trattamento del dolore attraverso l'adozione dei **protocolli terapeutici basati sull'evidenza**;
- promuovere percorsi di **integrazione Ospedale-Territorio**



Centralità del paziente

Presupposto per il raggiungimento di questi obiettivi è un cambiamento culturale che mette al centro la persona coinvolgendola attivamente nel percorso di cura.

- **La fisiopatologia e le strategie di inquadramento**
- **La valutazione e le scale di misurazione del dolore**
- **La gestione del paziente con dolore**
- **Principi generali di trattamento del dolore**
- **Il medico di medicina generale e le cure primarie**
- **La figura dell'infermiere**
- **Il coinvolgimento dello specialista**
- **Le tecniche invasive**
- **Le strategie non farmacologiche**
- **La comunicazione e la formazione**



i 10 punti
delle linee
d'indirizzo



Algoritmo

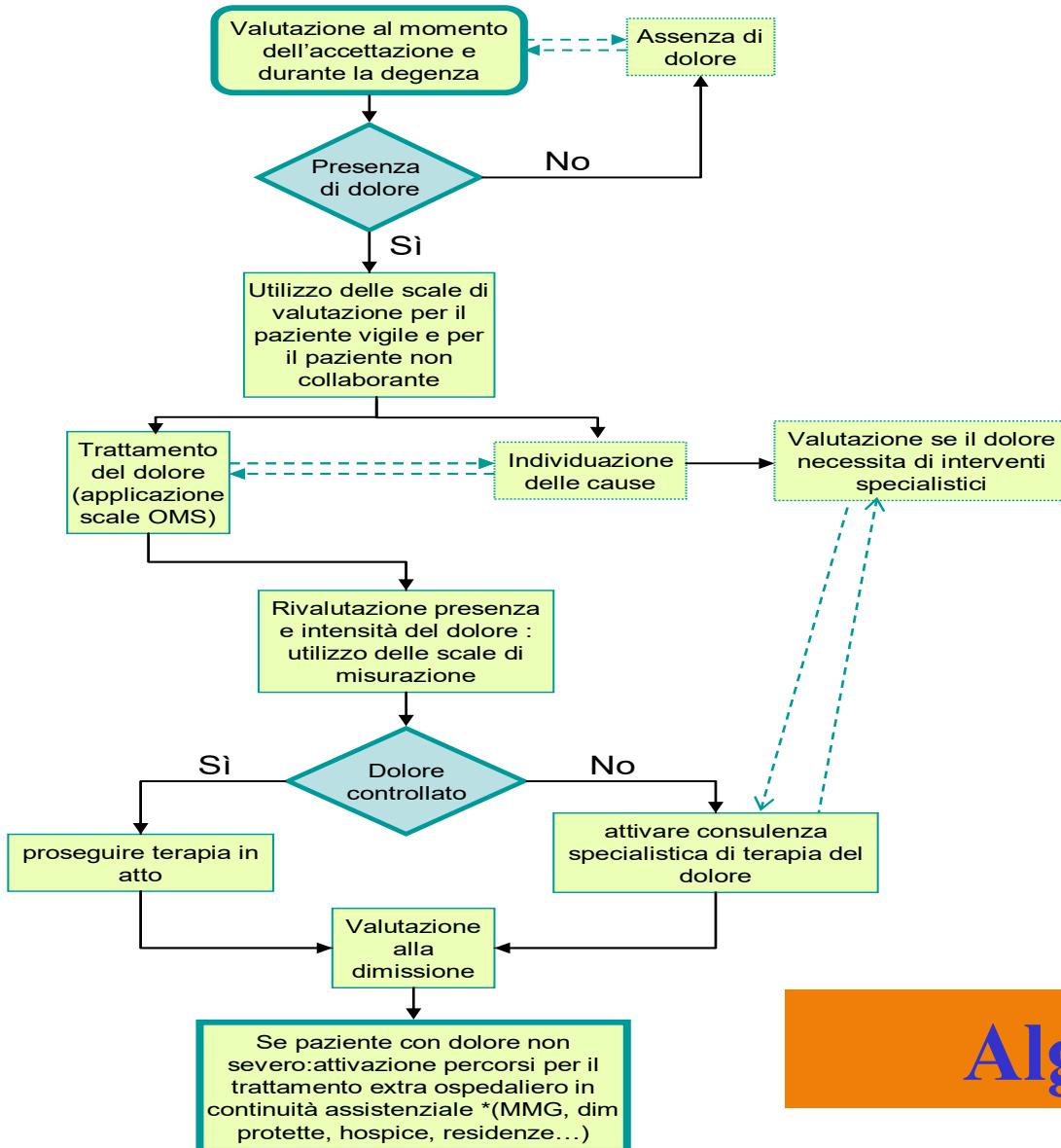
L'auspicio
che le singole realtà aziendali elaborino percorsi
diagnostico terapeutici interdisciplinari e specifici
per le patologie maggiormente ricorrenti

L'algoritmo
al fine di garantire il controllo del dolore a
tutti i pazienti di area medica, durante la
degenza, e all'interno degli altri contesti di
cura (al domicilio o nelle strutture
residenziali), in un'ottica di continuità di
presa in cura lungo tutto il percorso

I percorsi
diagnostico
terapeutici
interdiscipli
nari



Fig 1. Algoritmo per la gestione del dolore in area medica (in degenza e territorio)



Algoritmo

*strumenti per la dimissione in continuità assistenziale : lettera di dimissione al MMG, dimissione protetta



Dolore

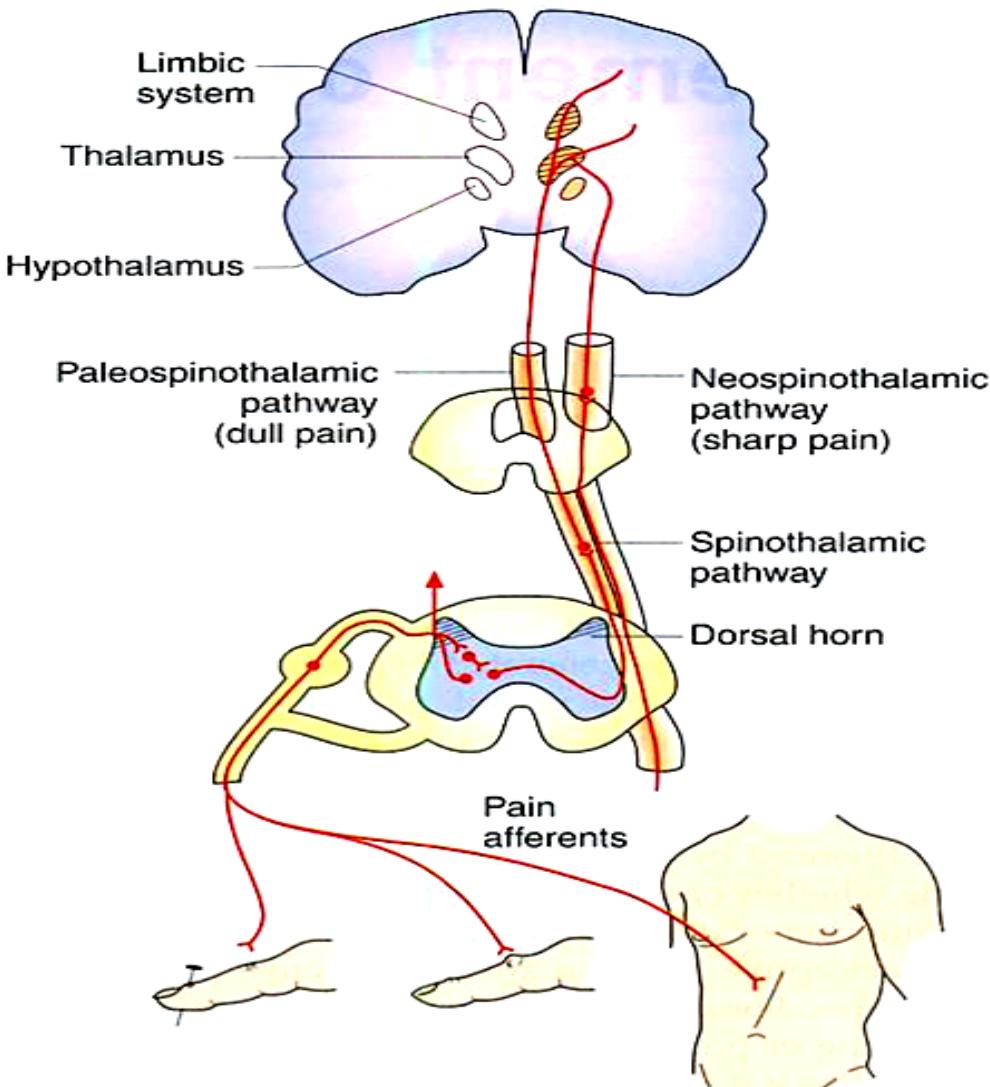
L'informazione nocicettiva nasce in periferia in seguito a diversi stimoli ed è convogliata al midollo spinale (corno posteriore) da **fibre afferenti amieliniche di tipo C a conduzione lenta** (dolore sordo, non localizzato) e da **piccole fibre mieliniche A**, tipo delta (dolore acuto).

Le fibre afferenti entrano nel midollo spinale attraverso le radici dorsali e terminano nelle corna posteriori (sostanza grigia).

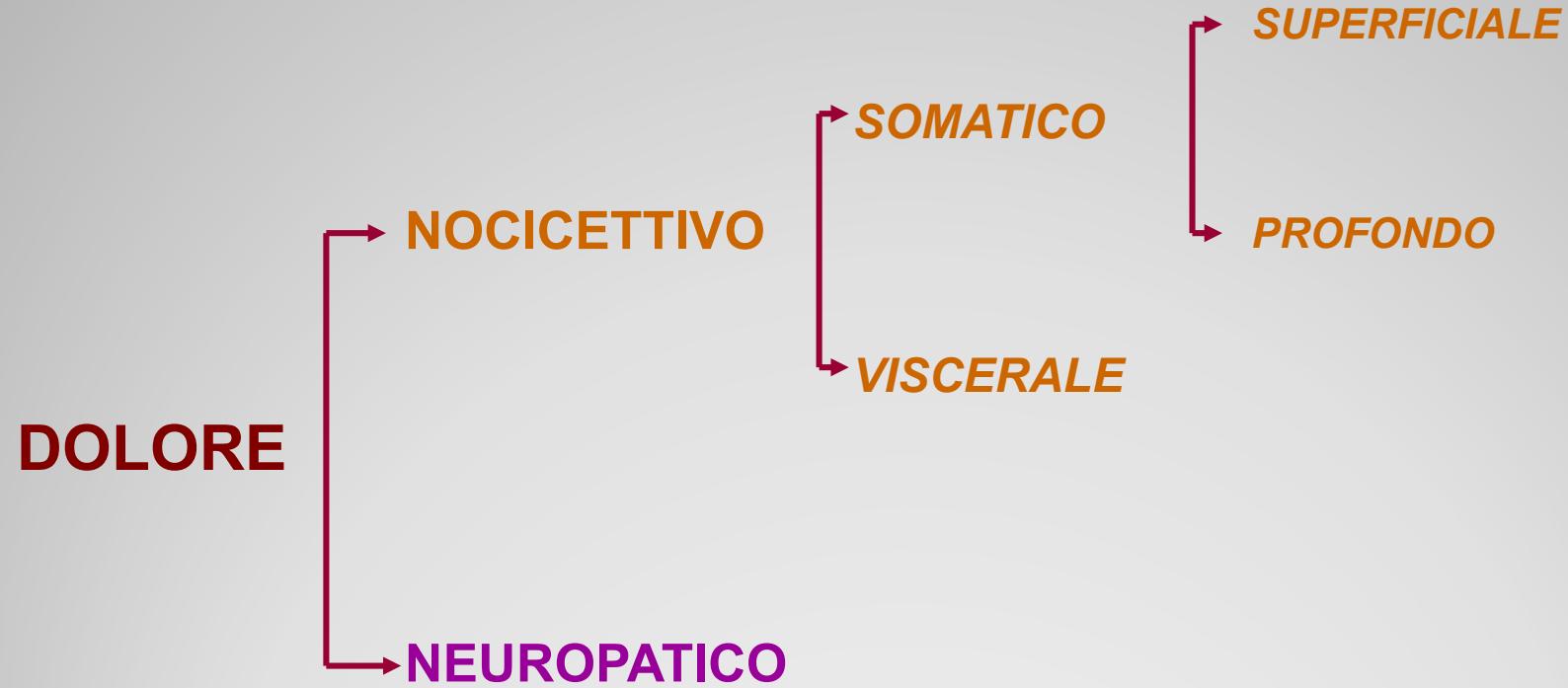
Dal midollo spinale, l'informazione nocicettiva arriva ai centri corticali (talamo) ad opera di neuroni di trasmissione.

Il dolore vero e proprio è la presa di coscienza delle informazioni nocicettive trasmesse dal talamo ed integrate a livello corticale e limbico.

Le strutture coinvolte sono la corteccia (anteriore cingolata, somatico-sensoriale, prefrontale), l'ipotalamo, il talamo, la sostanza grigia periacqueduttale, il cervelletto ed i gangli della base.



Classificazione patogenetica



Dolore nocicettivo somatico

- *E' causato dalla stimolazione dei nocicettori (per infiltrazione neoplastica o per reazione infiammatoria) a livello cutaneo, muscolare, connettivale, del periostio, etc.*
- *E' solitamente descritto come ben localizzato, punitivo o gravativo.*



Dolore nocicettivo viscerale

- *Quando un organo è infiltrato (ad esempio fegato, pancreas, colon).*
- *Il dolore in genere si proietta sull'area cutanea sovrastante (dolore riferito).*
- *E' solitamente descritto come sordo e non ben localizzabile.*
- *Se è colpito un organo cavo, si può manifestare anche come dolore colico.*



Dolore neuropatico

- *Quando i nervi periferici o centrali sono lesi (infiltrati o compressi) o attivati in modo anomalo*
- *E' normalmente proiettato nell'area innervata dalle terminazioni colpite.*
- *Descritto prevalentemente come urente, trafittivo, a scossa elettrica.*



Semeiotica del dolore neuropatico

Sintomi/segni positivi

Parestesie

Disestesie

Iperestesia: allodinia, iperalgesia

Sintomi/segni negativi

Ipoestesia

Ipoalgesia



Esempi di dolore acuto e cronico

Dolore chirurgico e post-operatorio

Dolore da lesione osteo-articolare (frattura)

Dolore da spasmo organo cavo (colica)

Dolore da parto

Dolore ischemico miocardico

Dolore da ischemia acuta arteriosa periferica

Dolore cefalalgico

Dolore degenerativo (muscolo-osteo-articolare)

Dolore neuropatico (nevralgia post-erpetica)

Dolore da ischemia cronica (da arteriopatia periferica cronica)



Metodiche di valutazione clinica del dolore

“Cosa lo rende meno intenso?”

“Cosa lo rende peggiore?”

“A che cosa assomiglia?”

“Si diffonde in altre sedi?”

“Quanto è forte?”

“C’è sempre o va e viene?”



Prevalenza dei vari tipi di dolore nel paziente oncologico

- **Nocicettivo “puro” 49%**
- **Neuropatico “puro” 10%**
- **Misto 41%**

*...in 1 caso su 2 di dolore oncologico
sarebbe quindi da valutare
una componente neuropatica*



Oltre al tipo di dolore
(nocicettivo e neuropatico)
va riconosciuto
il “dolore episodico intenso”



D.E.I. (Dolore Episodico Intenso)

- **Episodi dolorosi** che emergono in una situazione di dolore ben controllato dalla terapia analgesica cronica (ad orari fissi).
- E' caratterizzato da: **insorgenza rapida, elevata intensità, breve durata** (durata media di circa 30 minuti)



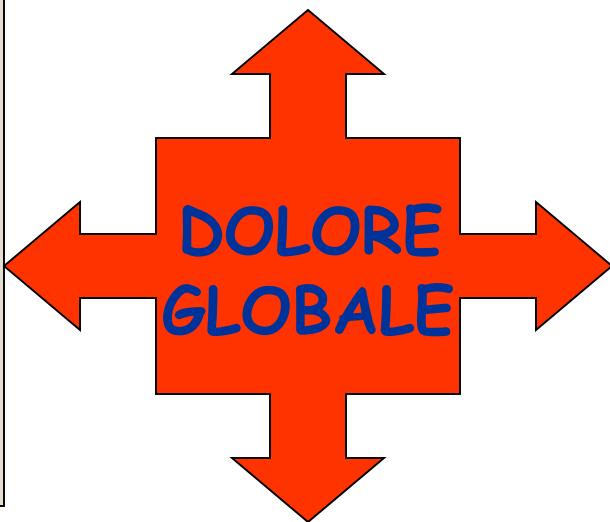
DOLORE GLOBALE

Il dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche, specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia, assume caratteristiche di dolore GLOBALE, ovvero di sofferenza personale che, trova nella propria etiopatogenesi, oltre che motivazioni fisiche, anche cause psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



Difficoltà burocratiche
Mancate visite parenti ed amici
Ritardi Diagnosi
Fallimento terapeutico
Rapporti con personale cura
RABBIA

Perdita posizione sociale
Perdita ruolo in famiglia
Perdita capacità lavorativa
Perdita capacità guadagno
Alterazioni aspetto fisico
DEPRESSIONE



SORGENTE SOMATICA

Cancro
Effetti collaterali terapie
Astenia
Anoressia

ANSIA
Paura del dolore
Paura dell'ospedale
Paura morte
Incertezza per il futuro
Preoccupazioni per famiglia
Preoccupazioni finanziarie



VALUTAZIONE DEL DOLORE



Le scale di misurazione del dolore

- Vengono classificate in:
 - unidimesionali**: che misurano esclusivamente l'intensità del dolore; tra queste vengono inoltre identificate specifiche scale da utilizzare in ambiente internistico per i pazienti con difficoltà di comunicazione;

Le scale validate sono sovrapponibili?

Una revisione[32] che ha valutato le tre scale unidimensionali ha concluso che sono tutte validate, riproducibili, appropriate per un uso clinico.

La revisione ha però evidenziato alcuni aspetti peculiari e distintivi delle singole scale:

- La VAS presenta maggiori difficoltà pratiche (richiede un maggior coordinamento visivo-prassico) rispetto alla NRS ed alla VRS.
- La NRS presenta una buona sensibilità e produce dati che possono essere statisticamente analizzati a scopo di audit. I pazienti che richiedono una scala di

misurazione del dolore con alta sensibilità dovrebbero scegliere questa scala in modo preferenziale.

- I pazienti preferiscono per la sua semplicità la VRS, che presenta scarsa sensibilità e produce dati che potrebbero essere malinterpretati.

- 2. **multidimensionali**: valutano anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa).

Come unanimemente raccomandato da numerosi documenti di consenso e Linee Guida un trattamento ottimale del dolore prevede la **misurazione** del dolore con **scale validate**.

Tale misurazione deve comprendere sia il **dolore cronico** sia il **Dolore Episodico Intenso (DEI)** o **Breakthrough Pain**.

Scale validate:

- Unidimensionali
- Multidimensionali
- Per pazienti con deterioramento cognitivo



METODICHE DI VALUTAZIONE (PQRST)

- P. **Palliative** “Cosa calma il Dolore?”
Provocative “Cosa provoca il Dolore?”
- Q. **Quality** “Caratteristiche”
- R. **Radiation** “Si irradia, dove?”
- S. **Severity** “Quanto?”
- T. **Timing** “Quando?”

AGGIUNGERE: SEDE O SEDI



Metodiche di Valutazione (PQRST)

P 1 - Palliative

“Cosa calma il Dolore?”

2 - Provocative

“Cosa provoca il Dolore?”

ESEMPI di RISPOSTA A P 1

- Se mi sdraiò il Dolore passa
- Se piego le gambe il Dolore passa
- Nessun farmaco antiinfiammatorio mi calma il dolore
- Se smetto di camminare il Dolore passa, anche se sto in piedi



Metodiche di Valutazione (PQRST)

P	1 - Palliative	<i>“Cosa calma il Dolore?”</i>
	2 - Provocative	<i>“Cosa provoca il Dolore?”</i>

ESEMPI di RISPOSTA A P 2

- Se mi sdraiò il Dolore peggiora
- Se tossisco e vado di corpo il Dolore peggiora
- Il ciclo mestruale mi fa comparire il Dolore
- Se cammino 50 metri compare il Dolore
- Se sfioro la parte il Dolore diventa insopportabile
- Vento e freddo fanno comparire il Dolore
- Il Dolore compare quando bevo vino bianco



Q. QUALITY

- **Pungente**
- **Tagliente**
- **Bruciante**
- **Lancinante**
- **Crampiforme**
- **Sordo**
- **Freddo**
- **Sensibile al tocco**
- **Pruriginoso**
- **Sgradevole**

- > "come un punta"
- > "come lama di coltello"
- > "come il fuoco"
- > "come scarica elettrica"
- > "come crampo, qualcosa che strappa"
- > "sordo come il mal di denti"
- > "come ghiaccio" "come gelo"
- > "pelle ustionata, scottata" "pelle viva"
- > "come prurito, come morso zanzara"
- > "deprimente, intollerante"



Metodiche di Valutazione (PQRST)

Q. Quality

*“Che caratteristiche
ha il suo Dolore?”*

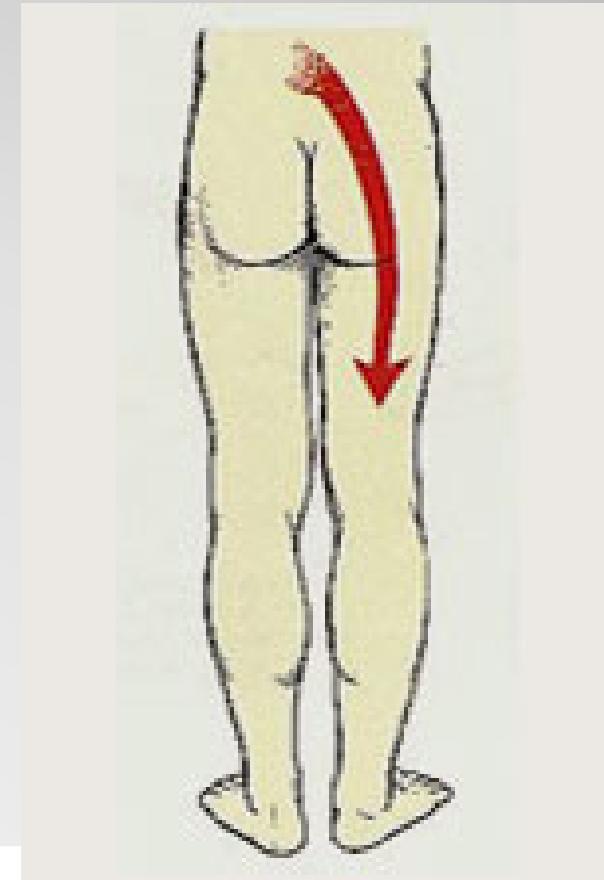
Tipologia di definizione

- Comprimente
- A morsa, stringente
- A crampo
- A coltellata
- Bruciante
- A scarica elettrica
- Battente
- Pulsante
- Altro



Dove si irradia il dolore ?

R. RADIATION



Metodiche di Valutazione (PQRST)

R. Radiation “Dove è irradiato ?”

Dove è irradiato il suo dolore:

- Esprime la sede/le sedi di irradiazione del dolore

ESEMPI DI RISPOSTA

- Scende dalla schiena alla coscia e al polpaccio sinistro
- Va sopra la clavicola



S. SEVERITY



- 1) SCALE ANALOGICHE VISIVE (VAS)
- 2) SCALE NUMERICHE (NRS)
- 3) SCALE VERBALI (VRS)

ESEMPIO DI SCALA NUMERICA A INTERVALLI
A 11 LIVELLI PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore

Il dolore più forte
che possa immaginare

SCAL



NRS: NUMERIC RATING SCALE

Scala numerica con tre diverse possibilità di scelta:
da 0 a 5 - da 0 a 10 - da 0 a 100

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Nessun dolore

Dolore massimo

Vantaggi

- a) Strumento chiaro e semplice per il paziente
- b) Si può usare anche in condizioni cognitive e fisiche compromesse
- c) Solo il 2% ha difficoltà a compilarla
- d) Ha un significato comune anche in culture diverse

Svantaggi

- a) Difficoltà nel dover tradurre la complessità dolorosa in un numero o cifra; semplificazione o banalizzazione



VERBAL RATING SCALE

Utilizza un numero variabile di aggettivi che descrivono l'intensità del dolore; può essere collegata ad una scala numerica

La migliore, e più utilizzata è la scala a 6 livelli:

Nessuno	1
Molto lieve	2
Lieve	3
Moderato	4
Forte	5
Molto forte	6



Il Dolore nel Paziente

CARATTERISTICHE Quantitative

SCALE ANALOGICHE

Disegni

Scala delle espressioni facciali
Autovalutazione dell'intensità del dolore



0



1



2



3



4



5



SCALE INTENSITA'

DOLORE LIEVE = DA 0 A 4

DOLORE MEDIO = DA 5 A 6

DOLORE SEVERO = > 7

**Una buona terapia antalgica deve mantenere
il dolore < 5**



VALUTAZIONE DEI DATI CLINICI IN INFERMIERISTICA

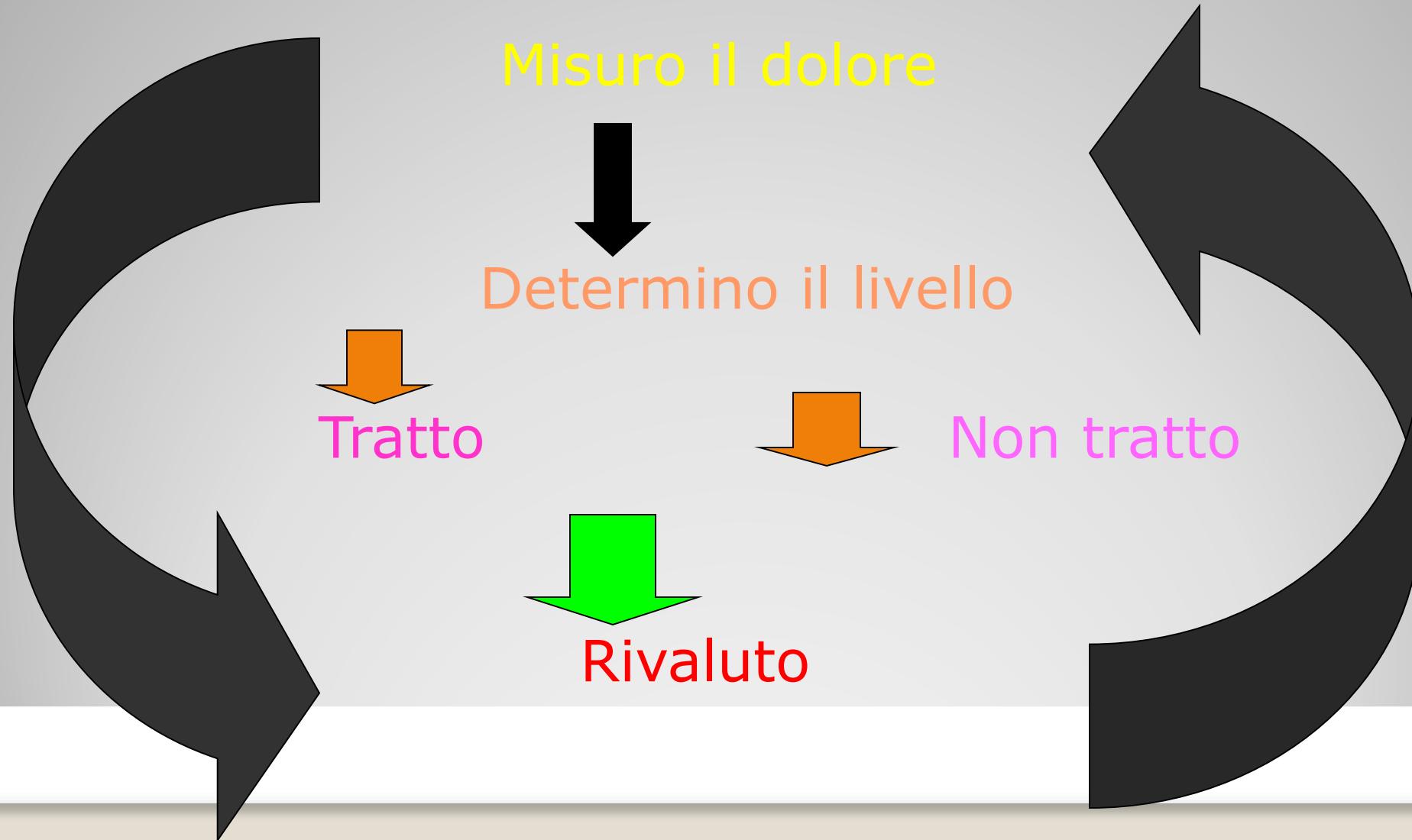
- Le metodiche di raccolta dei dati possono essere svariate e influenzate in modo determinante dall'esperienza e dalla competenza di ogni infermiere.

TUTTAVIA

Quando questa raccolta viene integrata da scale di valutazione e indici assistenziali, si ottiene una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali.



PERCORSO ASSISTENZIALE



...quali i requisiti delle scale di valutazione del dolore acuto?

Tra le scale algometriche proposte in Letteratura è opportuno che vengano scelte quelle:

- validate
- semplici -facilità di somministrazione
-facilità di comprensione,
- che richiedano poco tempo per la rilevazione
- che richiedano poco tempo per la registrazione ed elaborazione dati.



Le scale possono essere:

- 1 soggettive (self-report)
- 2 oggettive (valutano le risposte comportamentali e i parametri fisiologici)

Ogni scala algometrica perviene ad una valutazione del dolore attraverso indicatori che si traducono in punteggi numerici correlabili alla sua severità.

...quanti tipi di scale conosciamo?



- I metodi di valutazione si basano sulla descrizione verbale o analogica che il paziente riesce a dare del proprio dolore, i limiti pertanto sono posti soprattutto dalle capacità cognitive e comunicative e all'età del paziente.

SOGGETTIVE= SELF REPORT

...le prime...



Valutano specifici indici comportamentali e fisiologici in risposta ad uno stimolo doloroso derivandone un punteggio secondo l'intensità del dolore.

OGGETTIVE=COMPORTAMENTI+ PARAMETRI FISIOLOGICI

...le seconde..



PEDIATRICHE

- CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)
- PRS (Happy Face Pain Rating Scale),
- VDS (Verbal Descriptor Scale)
- NRS (Numeric Pain Intensity Scale)

**...tipi di scale del dolore
postoperatorio**



MODIFIED OBJECTIVE PAIN SCORE

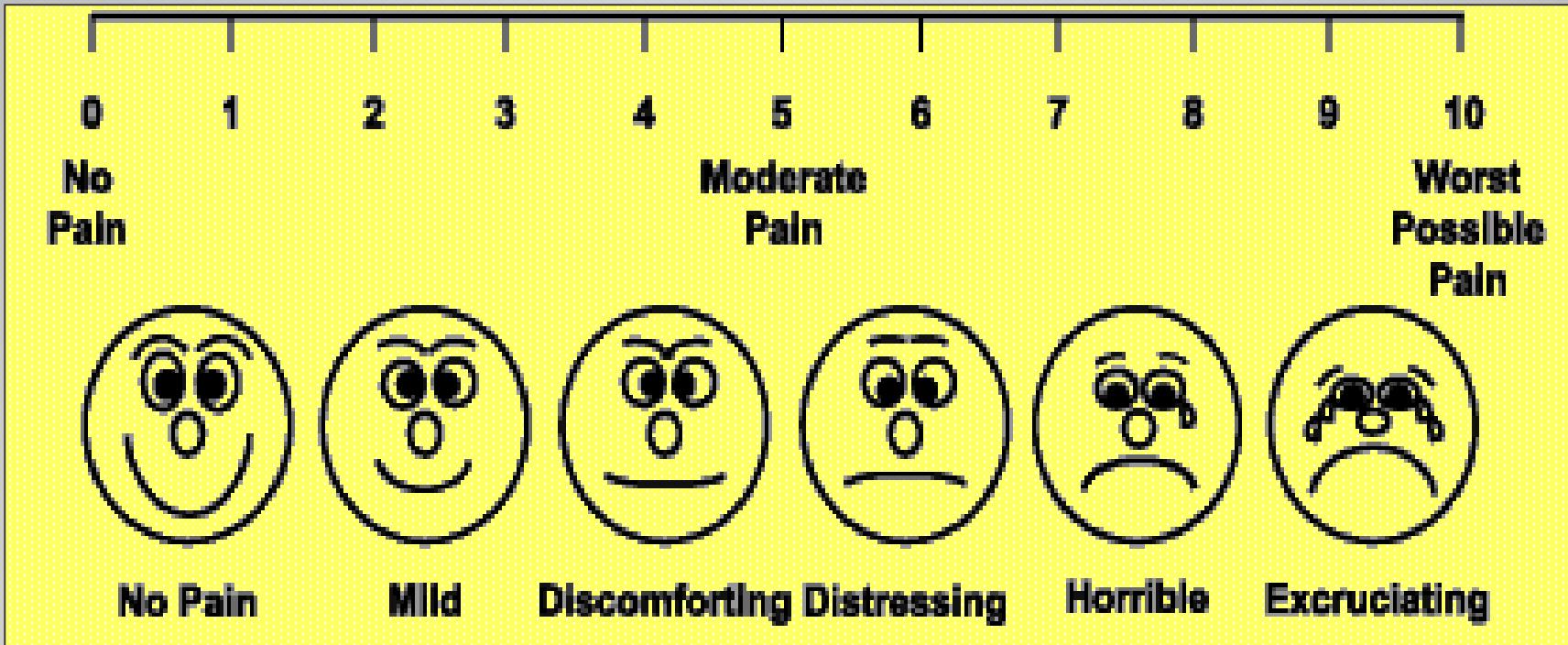
Pianto	Assente	0
	Consolabile	1
	Inconsolabile	2
Movimenti	Nessuno	0
	Agitazione motoria	1
	Si batte	2
Agitazione	Addormentato tranquillo	0
	Un po' agitato	1
	isterico	2
Postura	Neutra	0
	Accovacciato	1
	Si tocca la ferita	2
Valutazione verbale o linguaggio corporeo	Dorme o dichiara di non aver dolore	0
	Dolore leggero (non localizza)	1
	Dolore moderato (può localizzare verb/ indic)	2



CHILDREN'S HOSPITAL OF EASTERN ONTARIO PAIN SCALE

PIANTO	NON PIANGE	1	TORSO	NEUTRO	1
	GEME	2		CAMBIA POSIZIONE	2
	PIANGE	2		TESO	2
	URLA	3		TREMANTE	
				ERETTO	2
				CONTROLLATO	2
ESPRESSIONE	SORRIDE	0	TATTO	NON TOCCA	1
	COMPOSTO	1		ALLUNGA LA MANO	2
	SMORFIE	2		TOCCA	2
				AFFERRA	2
				BLOCCATO	2
VERBALE	POSITIVA	0	GAMBE	NEUTRO	1
	NESSUNA	1		SI AGITA/SCALCIA	2
	LAMENTOSO	1		PIEGATE/TESE	2
	SI LAMENTA DI DOLORE	2		IN PIEDI	2
	ENTRAMBI	2		BLOCCATO	2

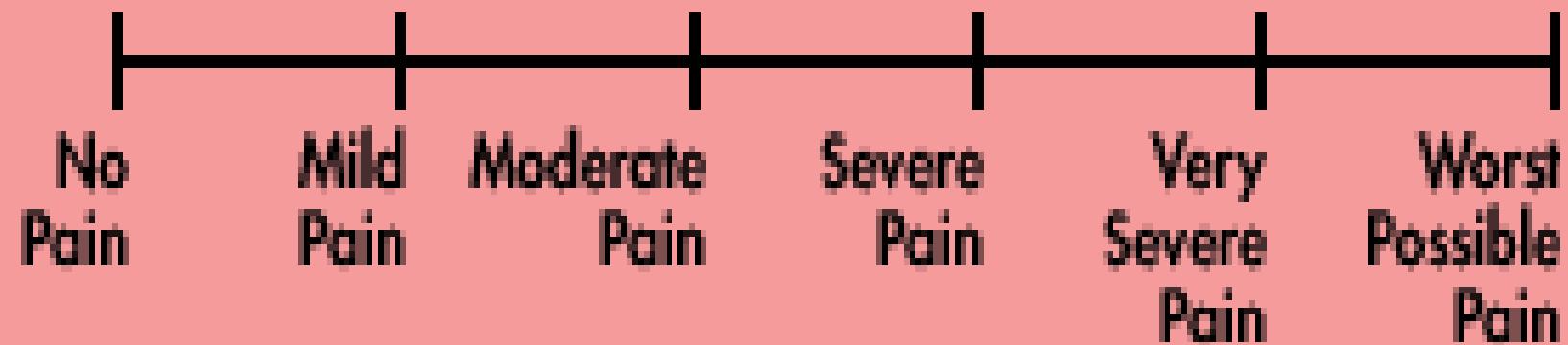




HAPPY FACE PAIN RATING SCALE



Simple Descriptive Pain Intensity Scale



VERBAL DESCRIPTOR SCALE



NUMERIC PAIN INTENSIVY SCALE



La misurazione del dolore deve essere effettuata da **personale infermieristico** che ha ricevuto una adeguata preparazione sulle tecniche e metodologie che la Letteratura riporta come più efficaci.

**...regole preziose:
da chi..**



.....quando..

Il dolore va valutato e documentato...

- Nel periodo preoperatorio
- Routinariamente e ad intervalli regolari nel postoperatorio
- Ogni volta che ne viene riferita la comparsa
- Ad intervalli adeguati dopo ogni somministrazione di analgesico
- Immediatamente se vi è la comparsa di dolore in forma intensa



Follow-up

- E' di fondamentale importanza avere un ritorno di notizie sull'accertamento e la terapia del dolore.
- L'infermiere compila una scheda di raccolta dati che verrà inviata al gruppo tecnico di lavoro sul dolore che ha preparato i protocolli farmacologici al fine di poter valutare l'efficacia, confrontare i risultati e migliorare l'assistenza.



- 1) Quanto dura ?
- 2) Dopo quanto tempo ricompare ?
- 3) In quanto tempo scompare dopo terapia ?

T.TIMING



Metodiche di Valutazione (PQRST)

T. Timing *“Quando le compare il Dolore?”*

- Esprime le **caratteristiche temporali** e dipende molto dalla **specificità** e **dall'approfondimento** dell'intervista da parte del sanitario.

Si tratta di una valutazione molto importante



Metodiche di Valutazione (PQRST)

T. Timing

“Quando?”

Devono essere evidenziate con opportune domande le caratteristiche temporali del Dolore

- Circadiane giornaliere
- Settimanali
- Mensili
- Annuali



Metodiche di Valutazione (PQRST)

T. Timing

“Quando?”

Devono essere evidenziate con opportune domande le caratteristiche temporali del Dolore

- RELATIVE ALLA CONTINUITÀ
- RELATIVE ALL'ACCESSIONALITÀ
(ad es. n. episodi/die)





..... ALLA PROSSIMA LEZIONE

