

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 una esperienza soggettiva.

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



La dimensione del problema

popolazione
anziana

deterioramento
cognitivo

ambiente
internistico

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 oppioidi) è considerato a livello internazionale l'indicatore di qualità dei programmi di controllo del dolore

oppioidi

Impegno
formativo

In Italia

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

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



Strategie di inquadramento

nocicettivo

È **definito** come esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tessutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di tale danno"

acuto

neuropatico

Complica molte patologie afferenti all'area internistica: patologie muscolo-scheletriche, neurologiche e vascolari e la maggior parte dei tumori solidi.

cronico

di origine mista

È **presente anche** nelle **patologie ematologiche maligne: leucemie e linfomi.**

di fine vita

[Jones, 2001
Kuch, 2001
Carr & Goudas, 1999]

[Morselli, Bandieri et al, 2010
Kidd & Urban, 2001
IASP, 1986]



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

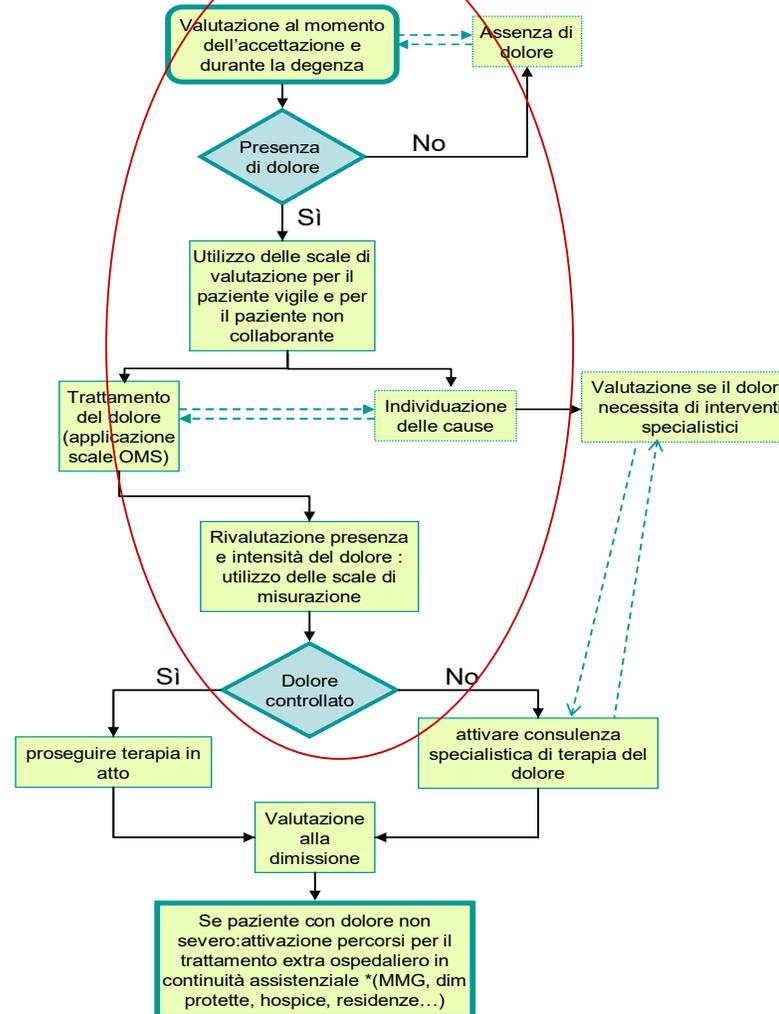
I percorsi
diagnostico
terapeutici
interdisciplinari



Devono essere previsti e disponibili:

- Strumenti di valutazione e misurazione del dolore da utilizzare anche per i pazienti anziani e non, non collaboranti e/o con problemi di deterioramento cognitivo.
- Linee guida e procedure operative per il trattamento farmacologico secondo le evidenze disponibili in letteratura.
- Modalità condivise per la frequenza dei rilievi: almeno una volta al giorno o anche più volte al giorno ogni qual volta si presenti la sintomatologia dolorosa

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



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

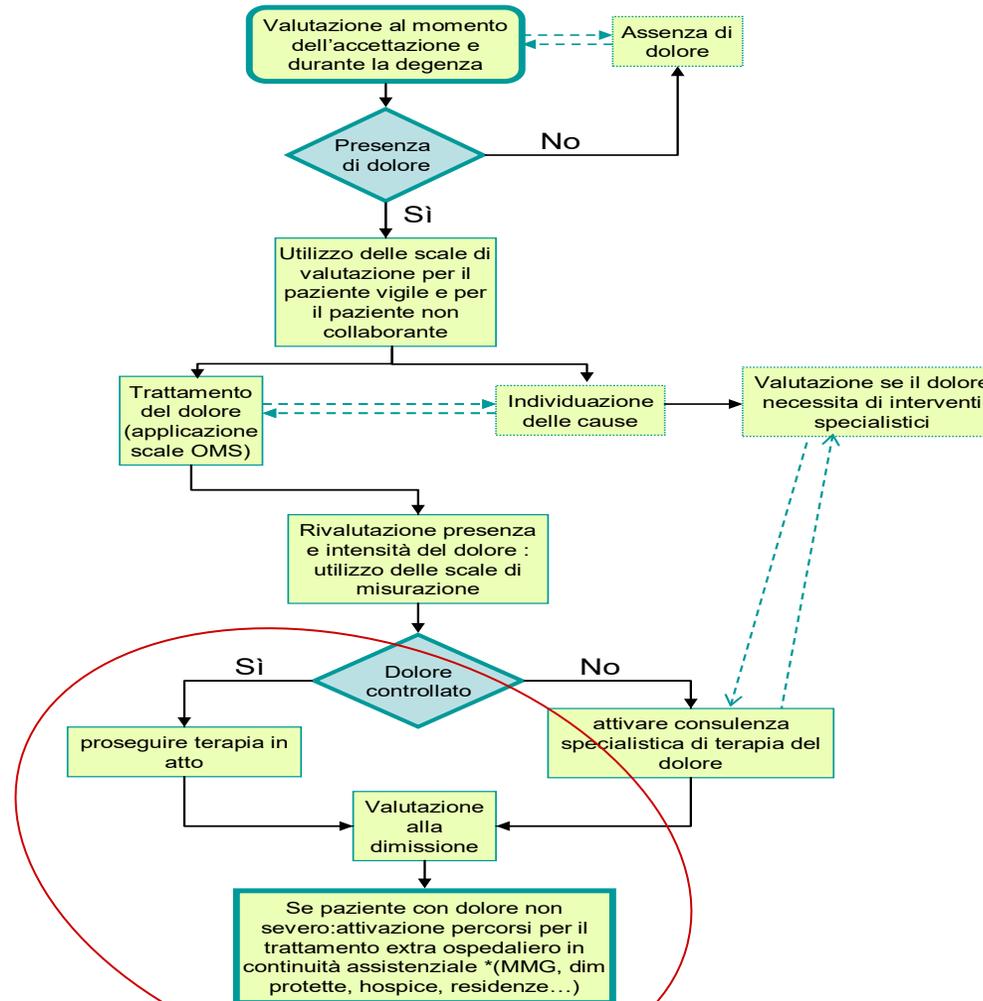
Algoritmo



Devono essere previsti e disponibili:

- La prescrizione terapeutica per il dolore continuativo e la somministrazione di una rescue dose (dose di salvataggio) per possibili episodi di dolore episodico intenso: DEI.
- Nel caso di paziente oncologico, se il dolore non è controllato in modo continuativo, la revisione dello schema terapeutico, e dell'intervallo di somministrazione.

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



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

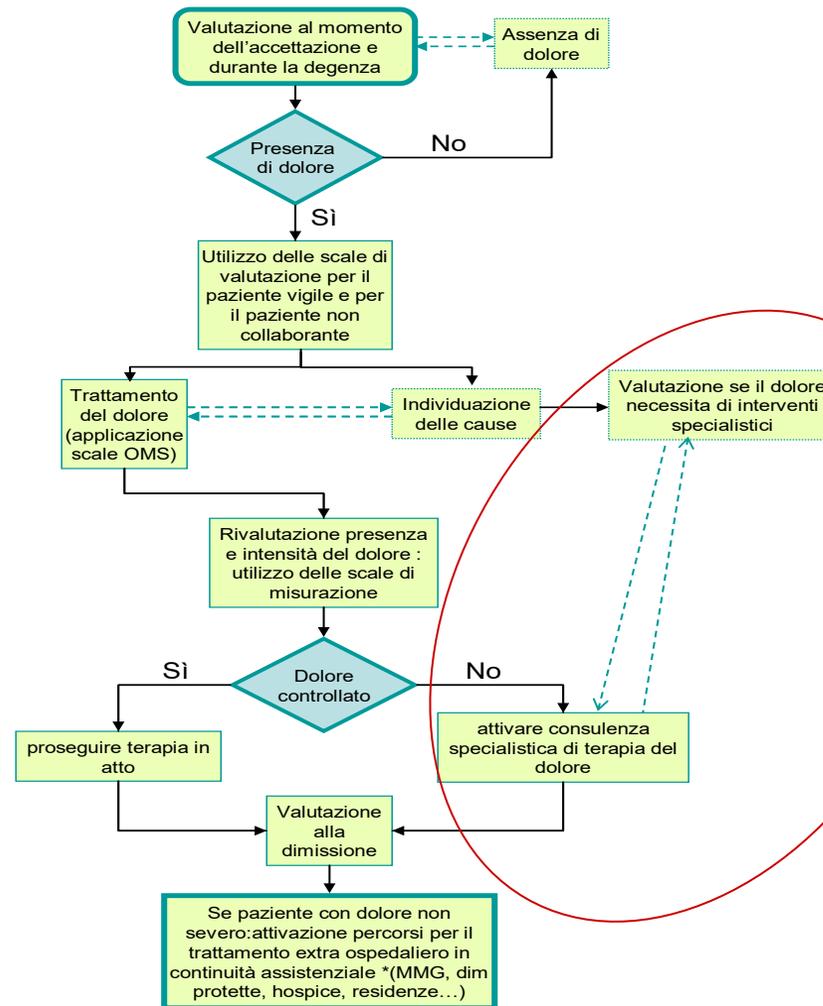
Algoritmo



Devono essere previsti e disponibili:

- Procedure organizzative concernenti la multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell'approccio al problema.
- La complessità della gestione multidisciplinare rende necessario prevedere, almeno una volta l'anno, momenti di confronto clinico-organizzativi (audit) mirati alla verifica del percorso di applicazione della raccomandazione.

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



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

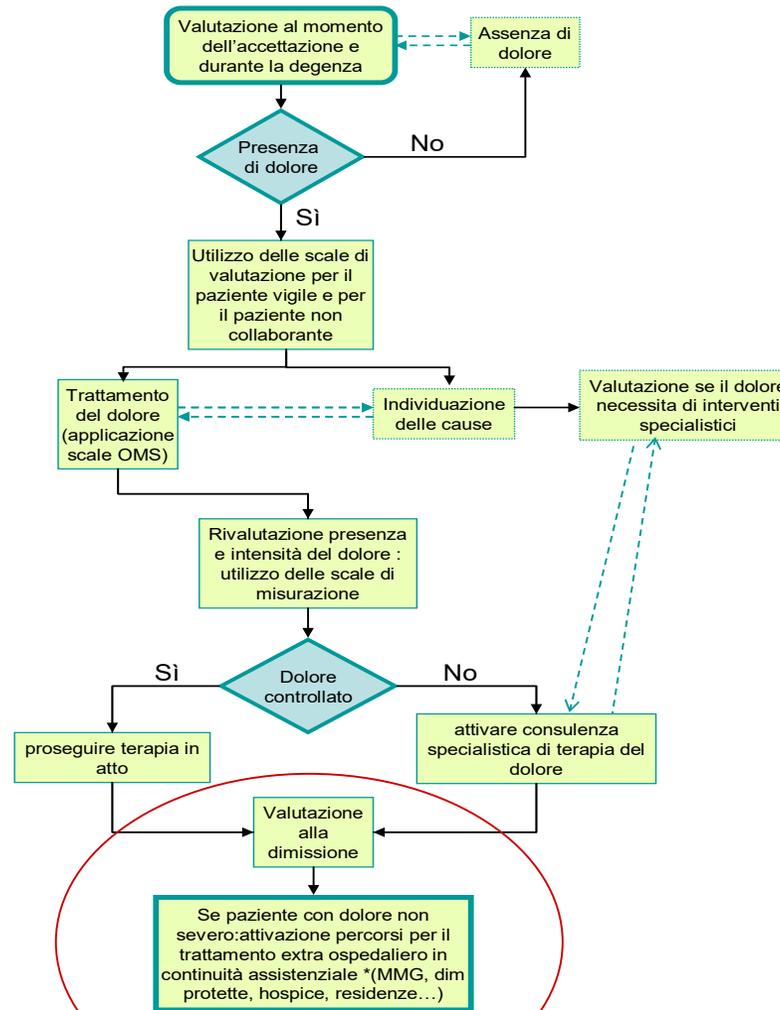
Algoritmo



Devono essere previsti e disponibili:

- Strumenti per gestire la fase di passaggio (continuità assistenziale) dall'ospedale al domicilio (Casa-ADI) e/o alle strutture residenziali (Casa Protetta/RSA, Hospice). Puntuale definizione di informazioni e procedure da assicurare per la continuità ospedale-territorio e la gestione integrata e corretta della terapia analgica anche in contesti istituzionali non ospedalieri (Case Protette, RSA, Hospice)

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



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

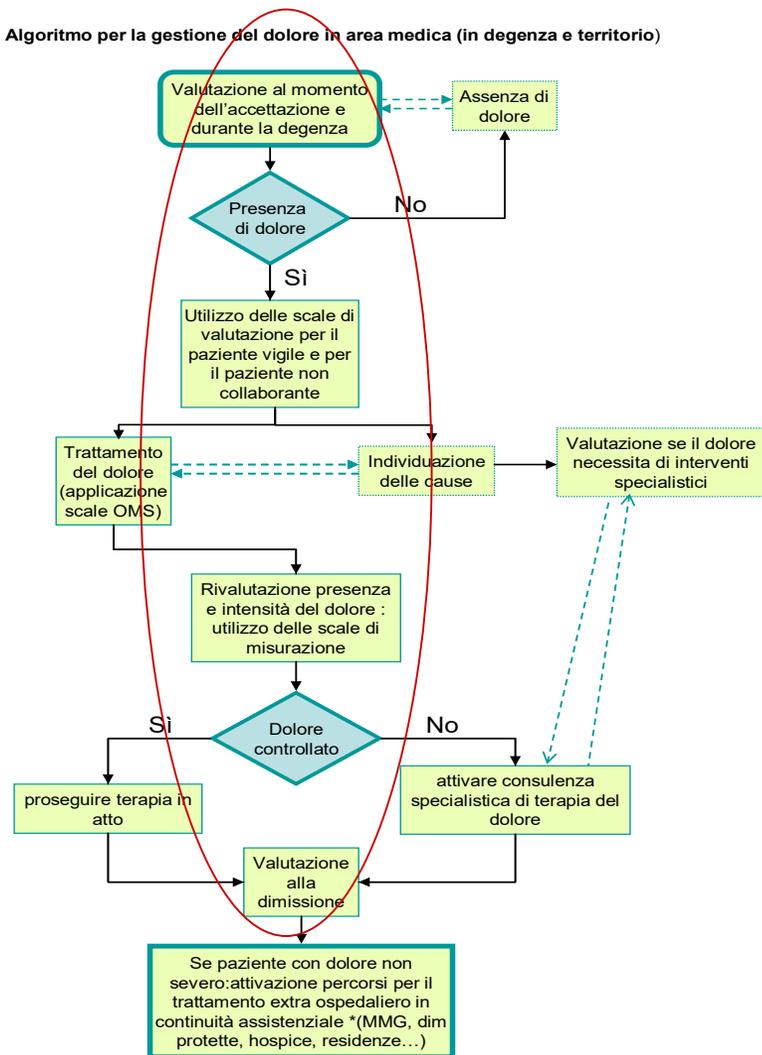
Algoritmo



Devono essere previsti e disponibili:

- Valutazione della soddisfazione del paziente in relazione al trattamento del dolore ricevuto, con gli strumenti usuali di rilevazione della soddisfazione della qualità percepita.
- Monitoraggio dell'uso dei farmaci oppiacei a livello ospedaliero e territoriale, che preveda una reportistica periodica di ritorno ai professionisti.

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

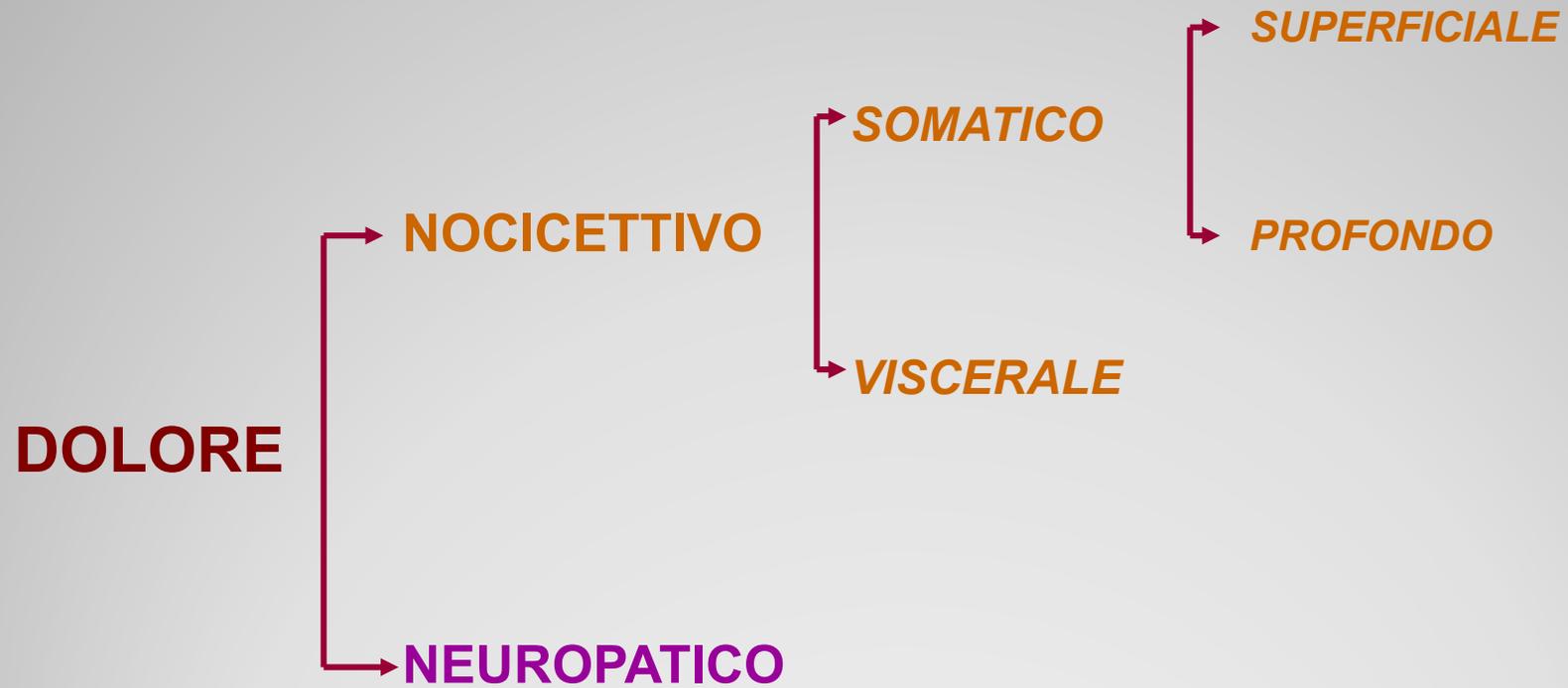


*strumenti per la dimissione in continuità assistenziale : lettera di dimissione al MMG, dimissione protetta

Algoritmo



Classificazione patogenetica



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, puntorio 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



Razionale della terapia del dolore neuropatico in base alla fisiopatologia

1. Incrementata attività delle fibre sensitive
nocicettive

(farmaci bloccanti i canali del sodio)

2. *Inibizione dei canali del calcio*

3. Aumento della sensibilità dei neuroni del
corno posteriore del midollo spinale *(farmaci
bloccanti i recettori NMDA del glutammato)*

4. *Potenziamento della trasmissione GABAergica*

5. Ridotta attività dei meccanismi di inibizione
centrale della via del dolore *(farmaci che
potenziano la trasmissione serotoninergica e
noradrenergica)*



Definizione

Il dolore, esperienza spiacevole, sensitiva ed emozionale, associata con danno tissutale reale o potenziale oppure descritta nei termini di un tale danno, è parte integrante della nostra esistenza

Il dolore *acuto e transitorio* è *localizzato e risulta chiaramente* legato ad uno stimolo (meccanico, termico o chimico) di alta intensità

Il dolore *cronico persistente o ricorrente*, *rappresenta invece* uno stato patologico ed è il principale indicatore di malattia in medicina



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)



Tenere conto della
classificazione patogenetica
e fare diagnosi di D.E.I
è importante nella
scelta della terapia



...si parla anche di dolore "incidente"

- *...riferendosi ad ogni tipo di dolore, prodotto solitamente da uno stimolo meccanico, come il movimento, che raggiunge rapidamente un'elevata intensità (destinata a diminuire in poco tempo se il soggetto, allertato dal dolore, interrompe l'attività che ha prodotto lo stimolo).*



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

**DOLORE
GLOBALE**

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



**Proviamo a riconoscere
il “tipo di dolore”
descritto nei casi
che seguono**



1. Dolore lombare localizzato a livello L4 – L5 da metastasi vertebrale, di intensità lieve, costante, persistente. Non modificato dalla attività fisica o dalle variazioni posturali. Trattato positivamente con paracetamolo ad orari fissi.



2. Dolore osseo causato da metastasi femorale che compare e diventa forte (fino a intensità grave) nei cambiamenti posturali e dopo l'assunzione della posizione eretta. Viene aumentata la dose di morfina che non è efficace nel controllare queste esacerbazioni dolorose.



3. Dolore cronico stabilizzato, da metastasi peritoneali, controllato con infusione continua di morfina per via sottocutanea.



4. Dolore epigastrico, da tumore del pancreas, controllato dalla somministrazione transdermica di oppiacei, che ricompare in seguito all'ingestione di alimenti. La morfina a rilascio immediato controlla parzialmente quest'ultimo tipo di dolore.



5. Crollo vertebrale lombare metastatico con dolore bruciante, che si irradia alla parte antero-laterale della gamba e parte superiore del piede. Si associa a parestesie al collo del piede. E' controllato dalla terapia con oppiacei ed antiepilettici



6. Dolore di grave intensità dovuto ad infiltrazione neoplastica del muscolo psoas, che peggiora con l'estensione della coscia. Viene controllato solo per alcune ore dalla somministrazione di morfina a lento rilascio. Il paziente ha bisogno di assumere morfina a rilascio immediato (4 -5 volte al giorno) per controllare il sintomo.



7. Dolore persistente da mucosite orofaringea che aumenta con la deglutizione. L'analgesia con oppiacei, somministrati in pompa, non elimina questi picchi dolorosi.



8. Dolore da plessopatia brachiale con componente continua, controllata da oppiacei a lento rilascio, associata a episodi fortissimi di dolore lancinante, che insorgono più volte al giorno, in modo improvviso, della durata di 20 minuti circa, parzialmente controllati dall'uso di anticonvulsivanti.



VALUTAZIONE DEL DOLORE



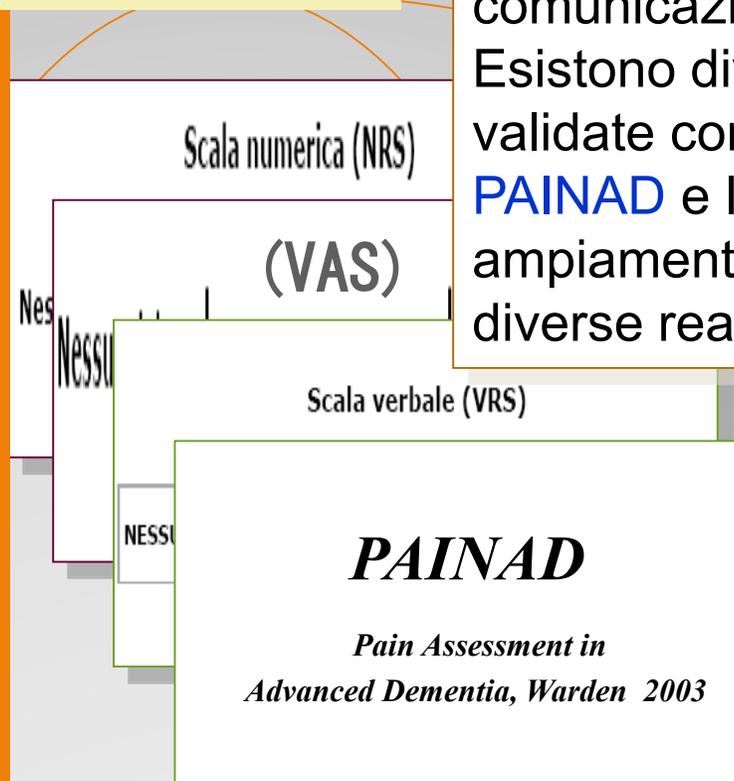
Le scale di misurazione del dolore

Nell'ambito dell'applicazione delle linee guida del progetto ospedale senza dolore, da anni si è diffuso l'utilizzo di scale unidimensionali validate:

scala numerica, **NRS** (Numerical Rating Scale);

scala analogica visiva, **VAS** (Visual Analogic Scale);

scale quantitative verbali, **VRS** (Verbal Rating Scale).



E' irrinunciabile il ricorso a specifiche scale anche per i pazienti con difficoltà di comunicazione.

Esistono diverse scale validate come ad es. la scala **PAINAD** e la scala Abbey, ampiamente utilizzate in diverse realtà regionali.

Le competenze specifiche dell'infermiere per la valutazione del dolore sono indispensabili per il successo dell'applicazione della raccomandazioni.

Questo è sottolineato anche da recenti pubblicazioni relative alla gestione del dolore in ospedale in ambito nazionale.



Le scale di misurazione del dolore

■ Vengono classificate in:

1. **unidimensionali**: 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





Alla prossima lezione

