

IL DOLORE

Approccio al dolore e
qualita' della vita



Assistenza e Cura a Domicilio
del Mendrisiotto e Basso Ceresio

LA VOGLIA DI CURARSI A DOMICILIO

Il dolore dell'anima è più grande che
la sofferenza del corpo.

(Publilio Sirio)

IL DOLORE

(Definizione)

«E' dolore ciò che ciascuno di noi dice di essere dolore»

Definizione O.M.S.



È il più comune sintomo di malattia, tutti prima o poi lo provano. Ma è difficile darne una definizione esauriente così come elencare tutti i diversi tipi dolore che si sperimentano nella vita.

«Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno»

Definizione IASP (*International Association for the Study of Pain* - 1986)

Cos'è il dolore?



- ◆ Esso non può essere descritto veramente come un fenomeno sensoriale, bensì deve essere visto come la composizione di:
 - una parte percettiva (la nocicezione) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione e il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo
 - una parte esperienziale (quindi del tutto privata, la vera e propria esperienza del dolore) che è lo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.
- ◆ Il dolore è fisiologico, un sintomo vitale/esistenziale, un sistema di difesa, quando rappresenta un segnale d'allarme per una lesione tissutale, essenziale per evitare un danno. Diventa patologico quando si automantiene, perdendo il significato iniziale e diventando a sua volta una malattia (sindrome dolorosa)

Tipi di dolore (struttura anatomica)

◈ Dolore somatico

- Superficiale
- Profondo

◈ Dolore viscerale

- Dai visceri (intestino, vie biliari...)

Tipi di dolore (criteri neurofisiologici e clinici)

❖ Dolore nocicettivo

- Intenso
- Continuo
- Spesso pulsante
- Ad andamento crescente
- Generalmente circoscritto

❖ Dolore neuropatico

- Urente
- Pungente
- Lancinante
- Come scossa elettrica
- Spesso associato ad alterazioni sensoriali
- Possono subentrare atrofie muscolari/cutanee
- Provato da lesioni del SNP

Tipi di dolore (andamento temporale)

◈ Dolore acuto

- Correlazione causale/temporale con un danno tissutale o con una malattia
- Limitato all'area danneggiata
- Proporzionale allo stimolo
- Scompare dopo la riparazione del danno
- Funzione di segnalazione di allarme

◈ Dolore cronico

- Spesso ricorrente o persistente oltre la guarigione del danno
- Può compromettere aree non coinvolte dalla patologia originale
- Spesso sproporzionato al danno
- Difficile significato funzionale

IL DOLORE GLOBALE

Il dolore cronico presente nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche, specie nelle fasi avanzate e terminali di malattia, assume caratteristiche di DOLORE GLOBALE, legato a motivazioni fisiche, psicologiche e sociali, come evidenziato nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità



Come si misura il dolore?



Il dolore si misura attraverso l'impiego di scale ufficiali validate da studi clinici internazionali.

Le scale per misurare il dolore possono essere:

◆ **Scala VAS (soggettiva)**

La scala VAS è una retta di 10 cm con due estremità che corrispondono a “nessun dolore” = 0 e il massimo possibile (oppure il massimo di cui si ha avuto esperienza) = 10. È uno strumento unidimensionale che quantifica ciò che il malato soggettivamente percepisce come dolore, oppure come sollievo. Al paziente verrà chiesto di segnare con una crocetta un punto tra le due linee; successivamente il clinico misurerà con un righello i millimetri che distanziano la X disegnata dal paziente dalla linea corrispondente a nessun dolore.



- **Scala verbale VDS (soggettiva)**

La scala verbale semplice VDS è unidimensionale e ripropone il susseguirsi di aggettivi che quantificano il dolore. Al paziente verrà chiesto di indicare quale tra gli aggettivi proposti caratterizza meglio il suo dolore: NESSUNO; MOLTO LIEVE; LIEVE; MODERATO FORTE; MOLTO FORTE.

- **Scala numerica NRS** La scala NRS si basa sull'utilizzo di una scala costituita da 11 gradi da 0 a 10, dove 0 corrisponde alla totale assenza di dolore e 10 rappresenta il peggior dolore immaginabile dal paziente. La valutazione del dolore viene effettuata chiedendo al paziente di assegnare un punteggio corrispondente al dolore provato.

- **Scala di Wong Bake o delle espressioni facciali**

La scala è composta da disegni di faccine con diverse espressioni: da sorridente (che significa nessun dolore) fino al pianto disperato (che significa il peggior dolore possibile). È un sistema di valutazione che viene utilizzato nei bambini o nelle persone che hanno difficoltà espressive. Il bambino, o l'adulto, deve indicare quale espressione, in quel momento, rappresenta meglio la sua sensazione dolorosa.

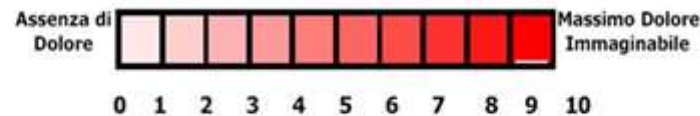
Scale di valutazione del dolore

La valutazione del dolore

VAS



NRS



Scala

Espressioni

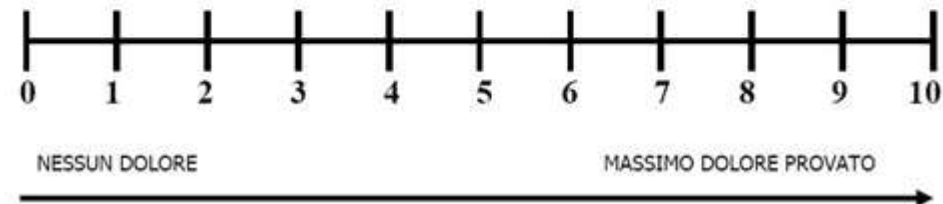
facciali



Laura Rasero 2011

Scale di misurazione

SCALA NRS (Numerical Rating Scale)



Scala Numerica (NRS) per adulti collaboranti

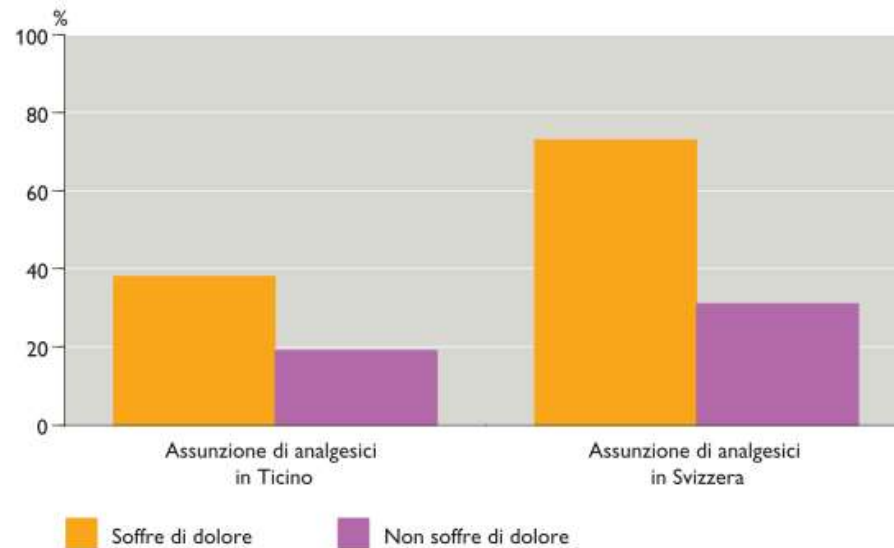
Il comitato regionale per la lotta al dolore della Regione Emilia-Romagna ha adottato l'uso della Scala Numerica (Numeric Rate Scale – NRS) come strumento unico regionale per la misurazione del dolore nei **pazienti collaboranti**

Indicazioni verbali: *“Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggior dolore possibile”*



DATI STATISTICI

G Manifestazioni di dolore e assunzione di analgesici (in %)



Fonte: UST, Indagine sullo stato di salute delle persone anziane in istituzione, 2008/2009.

CONSEGUENZE DEL DOLORE



BIO

- Inappetenza e malnutrizione
- Perdita di peso e aumento della massa grassa
- Astenia
- Ridotta forza muscolare
- Crampi, tensioni muscolari, rigidità
- Instabilità posturale, disturbi della marcia, aumento del rischio cadute
- Inattività (limitazioni svolgimento AVQ)
- Scarsa cura di sé, perdita di autostima e motivazioni.
- Insonnia, turbe del ritmo sonno/veglia
- Peggioramento di altre patologie attive: recidive o complicazioni.
- Rischio di abuso medicinali (analgesici, anti-infiammatori)



PSICO

- Distimia (ridotta autostima), accentuata dalla forzata necessità di un supporto da parte di terzi (operatori, familiari).
- Disforia, depressione
- Ridotte motivazioni
- Turbe del carattere
- Paura di complicazioni (sino a paura della morte)

SOCIALE e SPIRITUALE

- Scarso adattamento allo stile di vita
- Rischio isolamento sociale (mutamenti relazionali)
- Perdita di interessi e obiettivi
- Disagi coniugali (incl. sfera sessuale)
- Perdita di speranza (incl. fede religiosa)

STRATEGIE PER AFFRONTARE IL DOLORE NELLA QUOTIDIANITA'

❖ MONITORAGGIO DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

- Somministrazione medicinali
- Preparazione terapia
- Istruzione gestione terapia (utenti e familiari)
- Valutazione e monitoraggio beneficio terapia
- Monitoraggio effetti collaterali

NON OPPIOIDI

- PARACETAMOLO

Dolore lieve/moderato, antipiretico

EFFETTI COLLATERALI (rash cutanei, eritemi, orticaria, prurito)

- FANS

Dolore acuto/cronico da lieve a moderato, antinfiammatorio

EFFETTI COLLATERALI (si manifestano soprattutto a livello gastrico e renale)

Vie di somministrazione degli antinfiammatori non steroidei: per via orale, ma esistono anche preparazioni per via iniettiva (intramuscolo o endovenosa)

OPPIOIDI

- OPPIOIDI DEBOLI (Codeina, tramadolo)

Dolore moderato

EFFETTI COLLATERALI (nausea, sonnolenza, costipazione)

- OPPIOIDI FORTI (morfina, idromorfone, fentanyl, metadone, ossicodone, buprenorfina, petidina (meperidina), tapentadolo)

Dolore severo

EFFETTI COLLATERALI (depressione respiratoria, ipotensione, dipendenza, euforia o alterazioni dello stato di coscienza, stipsi)

Vie di somministrazione: per via orale, sublinguale, rettale, per iniezione sottocutanea, intramuscolare, endovenosa o tramite l'applicazione di cerotti

FARMACI ADIUVANTI

- Antidepressivi (potenziamento azione antidolorifica degli oppioidi)
- Anticonvulsivanti (dolore neurogeno)
- Corticosteroidi (dolore infiammatorio grave e dolore da compressione nervosa)
- Miorilassanti (dolore muscolare)

❖ MONITORAGGIO DEL DOLORE

- Scala di valutazione NRS
- Descrizione del dolore
- Valutazione linguaggio non verbale
- Istruzioni ad utente e familiari

❖ CONTATTI CON MEDICO CURANTE E MEDICO SPECIALISTA

❖ TERAPIE COMPLEMENTARI

- Fisioterapia
- Agopuntura
- Tecniche di rilassamento
- Thai chi
- Omeopatia
- Naturopatia
- Fitoterapia

❖ SUPPORTO PSICOLOGICO

- Sofferenza psicologica
- Ascolto attivo
- Verbalizzazione del dolore
- Esame psicosociale
- Attivazione psicologo

Strategie per affrontare il dolore nella quotidianità

- ◊ Ascoltare lo sfogo dell'utente dimostrando interesse per limiti e fabbisogni
- ◊ Supporto emotivo (in piu' occasioni è stata dimostrata una concomitante regressione della sintomatologia), se necessario specialistico.
- ◊ Interventi educativi mirati al raggiungimento di fiducia, autostima e maggior entusiasmo nel valorizzare le risorse residue (anche tramite hobby o stimolandolo nello svolgimento di attività fisica)
- ◊ Supporto, guida e indirizzo nell'uso costante e corretto degli ausili in dotazione
- ◊ Modifiche (dove necessario) dell'ambiente domestico al fine di agevolare gli spostamenti e garantire maggior sicurezza.
- ◊ Utilizzo di tecniche corrette nell'assistenza, favorendo posture e mobilizzazioni «antalgiche».
- ◊ Supporto di un volontario (compagnia, assistenza, accompagnamento)



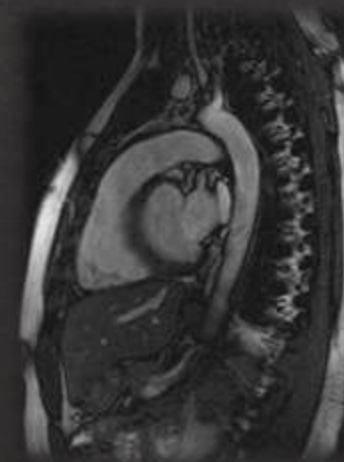
Caso clinico: il signor X.X.

Chi è il signor X.X.?

Il signor X.X. ha 80 anni, è vedovo e vive solo nel proprio appartamento. Ha due figli che incontra sporadicamente nel corso dell'anno. Lucido e orientato, coerente nelle risposte sebbene soggetto ad alterazioni emotive con sporadici momenti di distimia e ridotte motivazioni nello svolgimento delle AVQ, fattore che incide nella capacità decisionale. Richiede esclusivamente personale femminile.

Diagnosi di base:

- Ictus cerebrale ischemico con residua atassia bilaterale (prev. a destra), plurimi episodi ischemici minori.
- Ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico orale
- Consumo inadeguato di etile (di rilievo sino al 2014)
- Ipercolesterolemia
- Psoriasi in trattamento topico
- Tabagismo attivo
- Arteriopatia periferica obliterante degli arti inferiori
- Aneurisma aorta addominale (2000)
- Insufficienza renale acuta su disidratazione (2014)



TERAPIA FARMACOLOGICA:



- CardioAspirin 100 mg: 1-0-0-0
- Efexor ER 75 mg: 1-0-1-0
- Sabcaps: 0-0-1-0
- Sortis 40 mg: 0-0-1-0
- Dafalgan 1 gr: 1-0-0-0 (+S.O., max 3 volte/die)
- Duodart 0.5/0.4 mg: 0-0-0-1
- Maltofer 100 mg: 1-0-0-0
- Calcio D3 500/1000: 1-0-0-0
- Lyrica 75 mg: 0-0-0-1
- Lyrica 50 mg: 1-0-0-0
- Novalgina 0,5 gr/ml gtt: 15-15-15-0
- Coversum N Combi: 2,5/0,625 mg: 1-0-1-0
- Adalat CR 20 mg: Ris. Se PA >190/90 mm/Hg
- ViDe3 4500 ui/ml gtt: 10 gtt
- MgDiasporal bust: 1-0-0-0

RETE E CONTATTI:

- Assistente sociale (Comune di Mendrisio e ACD)
- Curatrice: Parte amministrativa
- Badante: 2 gg alla settimana (da novembre 2016) a ore per passeggiate, spese, compagnia.

RISORSE E ENTOURAGE:

- Pasti a domicilio (alla sera riscalda cibi già pronti, autonomo per la colazione)
- Centro Diurno: partecipazione occasionale (vi si reca anche per pedicure)
- Assegno grande invalido di entità lieve (al vaglio richiesta per aumento dell'importo.
- Pulizie e bucato: ACD 2/7
- FKT domiciliare: 2/7

SUPPORTO ACD:

- Controllo salute (con preparazione terapia settimanale): 2/7
- Somministrazione quotidiana dei medicinali
- Assist. igiene completa: 2/7
- Economia domestica (bucato/stiro): 2/7

AUSILI IN DOTAZIONE:

- Cyclette
- Deambulatore
- Stampella
- Asse per vasca
- Tappeto antiscivolo (bagno)
- Cuscino antidecubito (poltrona)

Azioni intraprese:

- Coinvolgimento di una badante (2/7)
- Formazione di una rete e collaborazione con le assistenti sociali
- Attivazione FKT
- Istruzione e stimolo all'uso della cyclette e del deambulatore
- Monitoraggio del grado di dolore attraverso scala NRS e collaborazione con il curante nella gestione della terapia analgesica
- Programmazione di interventi per allestimento terapia e somministrazione quotidiana
- Monitoraggio settimanale dei valori glicemici

Obiettivi raggiunti:

- Miglioramento riferito della sintomatologia a carico degli arti inferiori
- Riduzione sovraccarico fisico nelle AVQ con supporto della badante
- Maggior entusiasmo nello svolgimento delle AVQ e di esercizi (cyclette)
- Partecipazione attiva alla FKT
- Assunzione regolare della terapia farmacologica orale (nessun abuso di analgesici)

Obiettivi da raggiungere:

- Regressione del dolore
- Programma di prevenzione cadute accidentali

The End

Thank
you