

Dolore tra sofferenza fisica e psichica

Presentazione caso clinico X.X



Formazione ACD 5 – 2 - 2013



Cos'è il dolore

- Nel 1979 l'**Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)** ha definito il dolore: "Un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole [...] Sicuramente si accompagna ad una componente somatica e ad una carica emozionale".
- **Il dolore è sempre comunque una sensazione soggettiva** (influenzata da numerosi fattori individuali, basati sulle esperienze personali).
- Per poterlo affrontare nella maniera più efficace è fondamentale adottare un approccio soggettivo alla sofferenza, sulla base della valutazione specifica del paziente.

Valutazione del dolore

- *Almeno una volta al giorno interrogare la persona o la famiglia riguardo alla presenza di dolore, o di disagio. Nelle situazioni in cui l'individuo non è in grado di parlare, usare gli indicatori comportamentali per identificare la presenza di dolore.*

L'intensità del dolore

- ***L'intensità del dolore viene valutata con uno strumento standardizzato, di cui è stata stabilita la validità***
- ***Strumenti diagnostici dotati di obiettività riconosciuta tra cui Rx standard, TAC, Elettromiografia...ma permane uno scarso consenso e poche basi empiriche per valutare lo strumento più adeguato nelle diverse situazioni***
- ***Rilevazione soggettiva (autovalutazione): la valutazione non è determinata da quanto gli altri pensano che la persona soffra, ma da quanto il malato dice di soffrire***

Per ampliare valutazione

- *localizzazione del dolore*
- *effetti del dolore sulle funzioni e le attività di vita quotidiane (es. lavoro, interferenza con le attività usuali, ecc.)*
- *livello del dolore a riposo e durante l'attività*
- *uso di farmaci ed effetti avversi*
- *fattori provocanti o favorenti*
- *qualità del dolore (che parole usa la persona per descrivere il dolore? - fa male, pulsa)*
- *irradiazione del dolore (il dolore si estende dal punto di insorgenza?)*
- *severità del dolore (intensità, scala 0-10), sintomi correlati al dolore; e frequenza (occasionale, intermittente, costante)*

...e approfondirla

- *Effetti e comprensione della malattia attuale*
- *Storia significato del dolore e del disagio causato dal dolore (attuale e precedente)*
- *Risposte per far fronte allo stress e al dolore*
- *Effetti sulle attività di vita quotidiana*
- *Variabili psicologiche e sociali (ansia, depressione)*
- *Fattori situazionali – cultura, linguaggio, fattori etnici, effetti economici del dolore e del trattamento*
- *Preferenze e aspettative/credenze, miti della persona, circa i metodi di gestione del dolore*
- *Preferenze e risposte della persona a ricevere le informazioni relative alla propria diagnosi e al dolore.*

Rivalutazione costante

- *L'intensità del dolore e le funzioni (impatto sulle attività) sono rivalutate ogni volta che viene riferito un nuovo dolore e ad ogni nuova procedura, quando aumenta l'intensità e quando il dolore non è alleviato da strategie precedentemente efficaci.*
- *L'efficacia dell'intervento (sia farmacologico che non-farmacologico) è rivalutata dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo*

Analgesia non-farmacologica

Combinare i metodi farmacologici con metodi non-farmacologici per realizzare una gestione efficace di dolore:

- *caldo e freddo superficiale*
- *massaggio*
- *rilassamento*
- *linguaggio figurato*
- *pressione/vibrazione*
- *musica*

Gestione del dolore

- *Il dolore è un problema collaborativo e necessita di valutazione ed interventi multidisciplinari che siano compatibili con gli obiettivi della famiglia e della persona*
- *Documentare la valutazione in modo regolare e routinario anche attraverso le rilevazioni dell'entourage familiare*
- *Comunicare ai membri del Team i risultati della valutazione del dolore descrivendo i parametri del dolore ottenuti e l'effetto del dolore sulla persona.*

Se dolore persiste

- Coinvolgere un esperto nel trattamento di un particolare tipo di dolore;
- Fare riferimento ad un team multidisciplinare che richiama fattori emozionali, psico/sociali, spirituali e fattori medici concomitanti complessi.
- Vivere senza dolore è un diritto di cui tutti i cittadini devono poter godere ed è un dovere del medico e dei curanti combattere la sofferenza inutile

Dolore come mezzo di comunicazione

- Relazione di aiuto e ascolto attivo (il malato parla nell'80% dei casi)
- Fiducia...affidarsi a...
- Contestualizzazione del malato: rifiuto, ribellione, patteggiamento, depressione, accettazione?
- Psicologia e tolleranza possono evitare che il dolore diventi malattia vera e propria

Non dimentichiamo mai...

**...CHE L'UNICO DOLORE
CHE SI SOPPORTA...**

E' QUELLO DEGLI ALTRI !

Chi è l'utente

- Anno nascita 1936
- Lingua madre non italiana
- Vive con moglie
- Non hanno figli
- Sostegno informale: moglie caregiver unico ed entourage non significativo (vicini di casa al bisogno)
- Decadimento delle condizioni generali
- Presenta dolori cronici e persistenti su quadro polipatologico

Diagnosi principali

- **ULCERE CUTANEE (tallone sx, coscia sx, sacro, glande,inguine sx)**
- **DISTURBI DELLA MARCIA ED ALLA STAZIONE ERETTA ASSOCIATI A DISTURBI SENSITIVI E PARAPRESI SPASTICA VARIABILE / FLUTTUANTE AGLI ARTI INFERIORI (D1-D6 allargamento spazio epidurale con spostamento, compressione, atrofia del midollo; st. dopo frattura per compressione L1- L2)**
- **OBESITA' (BMI 36.7 Kg/m²)**
- **PROBABILE COMPONENTE FOBICA/FUNZIONALE IN CONTESTO DI STATO DEPRESSIVO**
- **PORTATORE DI CATETERE VESCICALE**

Antecedenti diagnostici

- **PREGRESSE ULCERE ADDOMINALI DI ORIGINE NON CHIARA (sospetto autolesioni)**
- **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE DI TIPO OSTRUTTIVO (rifiuto B-Pap)**
- **GONARTRITE DA STAPH A. (ferite attualmente guarite che si presentano anche in altre parti del corpo)**
- **CONSUMO INADEGUATO DI ETILE (disturbi comportamentali ed epatopatia)**
- **IPERURICEMIA IN TRATTAMENTO CON ATTACCHI DI GOTTA**
- **CARDIOPATIA ISCHEMICA (impianto Pace Maker)**
- **IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA IN TRATTAMENTO**
- **SOSPETTA OSTEOPOROSI**

TERAPIA FARMACOLOGICA ATTUALE

- Oxynorm gtt 10mg/ml; 1x30ml 1-1-1-2
- Sirdalud cp 4mg ½-0-0-0
- Zyprexa Velotab cp 5mg ½-0-1-0
- Co-Epril cp 20/12.5mg 0-1-0-0
- Duodart cps 0.5 mg 0-1-0-0
- Esomep Mups cp 40mg 0-1-0-0
- Laxoberon gtt 0-0-20-0
- Mg Diasporal 300mg bst 1-0-1-0
- Valverde sciroppo 20ml 1-0-0-0

Breve cronistoria 2011

- Presa a carico 8/11 dopo ricovero su Mielopatia dorsale mista
- Mobilizzazione in netta regressione, deambulazione difficoltosa, necessità di ausili
- Refrattario ad aiuti ed alla delega ma accetta intervento Servizio matt e sera, cure di base / cs / th
- Ripone scarsa fiducia nella classe medica
- Inizio FSK 2/sett
- Moglie collaborante
- Th anlgesica con Voltaren e Dafalgan per dolori che **NON SONO SUFFICIENTEMENTE PALLIATI**

Breve cronistoria 2011

A distanza di un mese (9/11):

- Rifiuta contatto con Mc caldeggiato da infermiere per dolori neuropatici e ferite
- Visto da mc rifiuta ricovero temporaneo
- **STOP INTERVENTI SERALI** del Servizio per volontà della moglie, oppositiva
- Moglie verbalizza stanchezza

Breve cronistoria 2012

- Dolori sempre presenti con ripercussioni umore e conseguente atteggiamento di chiusura
- Diminuzione FSK 1/sett
- Mobilizzazione ulteriormente involuta, non è più in grado di alzarsi e reggersi in piedi
- Utente ricerca maggiormente relazione verbalizza scarsa motivazione e voglia di vivere
- Medicazioni addominali e AI
- Inizia th con Durogesic 12mcg abbandonato subito per stato confusionale indotto

Breve cronistoria 2012

- Ricovero programmato in Clinica Luganese dove viene fatta segnalazione Commissione Tutoria (**settembre**)
- Dimesso (volontà utente) in condizioni generali nettamente migliorate: dolori meglio palliati, lesioni cute regredite, non verbale più sereno, umore migliorato, calo ponderale
- Servizio riprende interventi matt e sera
- Moglie sospende intervento serale e RIFIUTA INTROMISSIONE NELLA GESTIONE DELLA TERAPIA
- Gestione farmacologica della moglie non monitorabile e soggettiva
- Nuova regressione, aumento rigidità e spasmi muscolari (**ottobre**)

Interventi attuati

- Passaggi quotidiani per cure di base
- Condivisione in equipe della situazione in divenire
- Monitoraggio dolore
- Accoglienza della sofferenza attraverso un atteggiamento di ascolto ed empatico
- Monitoraggio dello stato di tensione del caregiver e proposte continue per condividere percorso di cure, vissuto e alleggerire carico
- Sensibilizzazione costante del MC
- Incontro con utente e moglie in presenza MC e infermiera (25/9/12)

Criticità : utente

- Atteggiamento ambivalente utente: verbalizza dolore e mostra scarsa compliance a regime terapeutico analgesico. Rifiuta ricoveri e visite specialistiche
- Relazione difficoltosa: a volte atteggiamento di chiusura a volte ironico non apre canali di comunicazione sulla sua sofferenza
- Disturbi depressivi / comportamentali non chiari
- Autolesionismo
- Influenza moglie su dinamiche di coppia poco accessibili (nessuno si lamenta dell'altro)
- Scarsa conoscenza dinamiche di coppia antecedenti malattia

Criticità : caregiver

- Atteggiamento riduttivo vs situazione in generale e dolore utente
- Ermetica rispetto alla sofferenza del marito e della propria
- Scarsa apertura verso supporto esterno con atteggiamento contraddittorio (richiesta aiuto e puntuale negazione dello stesso)
- Percepisce supporto esterno come depauperante nei propri confronti, non delega
- Non è sensibile ad un percorso di rete condiviso
- Non si concede spazi per sé

(S)Punti migliorabili ???

- Assenza di un referente in grado di esercitare ascendente sulla coppia e/o scarsa fiducia della coppia nei servizi formali
- Percorso da condividere dalla rete non chiaro e coerente (dopo ricovero e segnalazione C.T. si è abbandonata la linea “propositiva” vs un atteggiamento conservativo...di puro contenimento...obiettivi?...incontri successivi programmati?)
- Mancanza di un approfondimento a ridosso valutazione psichiatrica e neuropsicologica effettuata in Clinica
- Valutazione della presa a carico della moglie intesa come limite e non più risorsa
- Latitanza figura infermieristica di referenza ultimo periodo
- Sensazione condivisa degli operatori di una assenza di linea comune e condivisa sensazione di impotenza e angoscia durante e nel post intervento (forte investimento, scarsi risultati)
- Assenza (o non richiesta) di supporto psicologico esterno e/o debriefing per vissuto operatori