

# \* Il dolore nell'anziano

ACD Mendrisio

10-2-2015

- \* Definizione di dolore
- \* Tipologie del dolore
- \* Ansia e stress
- \* Identificazione del dolore, scale di valutazione
- \* Il dolore nell'anziano
- \* Qualche statistica
- \* L'anziano e la depressione
- \* Come intervenire: th farmacologica e non
- \* Le strutture ticinesi per la palliazione/gestione del dolore
- \* Caso clinico
- \* Proposte di intervento per la signora O.L.\*

**INDICE**

- \* Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale in atto o descritto in termini di tale danno.
- \* E' un esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) e componenti affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito.
- \* Il dolore è il risultato di un complesso sistema di interazioni, dove diversi fattori (ambientali, culturali, religiosi, affettivi, fisici,...) ne modulano entità e caratteristiche.

## \* Definizione di dolore

- \* **Dolore acuto:** inizio improvviso e/o lento e senza differenze di intensità.
- \* **Dolore cronico:** prolungato, ricorrente o persistente per sei mesi o più, e interferisce con la vita di relazione. Può essere classificato anche come dolore cronico maligno, quando è associato ad un cancro o altre condizioni pericolose per la vita, o come dolore cronico non maligno quando l'eziologia è una malattia non progressiva.

## \* **Tipologie del dolore**

- \* **Dolore cutaneo:** ha origine nella cute o nel tessuto sottocutaneo.
- \* **Dolore somatico profondo:** origina dai legamenti, tendini e ossa, dai vasi sanguigni e dai nervi. E' diffuso e tende a durare di più del dolore cutaneo. P.ex distorsione caviglia.
- \* **Dolore viscerale:** è il risultato della stimolazione dei recettori del dolore nella cavità addominale, nel cranio e nel torace. E' un dolore diffuso, può essere accompagnato da sensazione di bruciore o senso di pressione. Spesso causato da ischemia, distensione dei tessuti o spasmo muscolare. p.ex ostruzione intestinale.

- \* **Dolore irradiato:** si percepisce alla fonte del dolore e si estende ai tessuti vicini. P.ex dolore cardiaco.
- \* **Dolore riferito:** dolore percepito in una parte del corpo che è notevolmente lontana dai tessuti che causano il dolore
- \* **Dolore intrattabile:** estremamente resistente al trattamento, necessita di analgesia controllata dal paziente (PCA)

- \* **Dolore neuropatico:** risultato di un danno al sistema nervoso centrale o periferico attuale o passato che provoca dolore anche in assenza di stimolo. Bruciore ottuso e dolente, tagliente o a scarica.
- \* **Dolore fantasma:** sensazione percepita da una parte del corpo che si sta perdendo o che non c'è più. P.ex dolore arto amputato. Anch'esso è un dolore di tipo neuropatico.
- \* **Dolore psicogeno:** dolore di origine mentale che si autoperpetua. Tipico di soggetti con carattere ansioso ed emotivo.

- \* La minaccia dell'ignoto e l'incapacità a controllare il dolore o gli eventi che lo circondano aumenta spesso la percezione dolorosa
- \* la fatica riduce la capacità di una persona a cooperare aumentando, la percezione del dolore. Quando il dolore interferisce con il sonno, ne derivano fatica e tensione muscolare
- \* Ciclo dolore-fatica-dolore

\* **Ansia e stress**

\* Anamnesi del dolore

\* Non vi è metodo oggettivo per valutarlo, è un'esperienza soggettiva.

\* Valutazione del dolore:

\* NRS

\* VAS

\* FACCINE

\* Scala del dolore secondo McGill

# \* L'identificazione del dolore

# AIN SCORE 0-10 NUMERICAL RATIN

## 0-10 Numerical Rating Scale



\*Numeric Rating Scale

## VAS (*Visual Analogue Scale*)

Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005; 14: 798-804.

NESSUN DOLORE

MAX DOLORE POSSIBILE



\*Visual analogue scale

## Wong-Baker FACES™ Pain Rating Scale



**2**

Hurts  
Little Bit



**4**

Hurts Little  
More



**6**

Hurts  
Even More



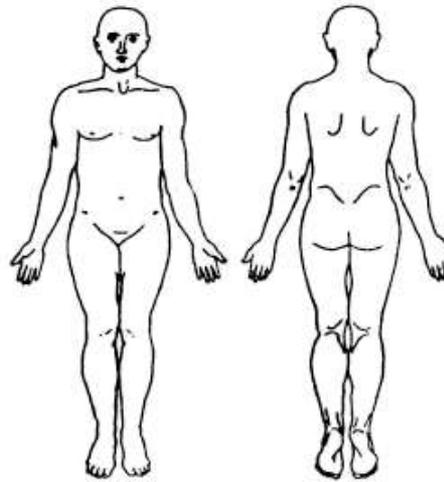
**8**

Hurts  
Whole Lot

Copyright 1988, Wong-Baker FACES™ Foundation, [www.wongbakerfaces.org](http://www.wongbakerfaces.org), USA

\* Faccine di Wong-Baker

1 FOUNDING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	15 WRETCHED BLINDING
4 SHARP CUTTING LACERATING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING
6 TUGGING PULLING WRENCHING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING
7 HOT BURNING SCALDING	



E = EXTERNAL

I = INTERNAL

# \*McGill Pain Questionary

- \* Alcuni anziani pazienti credono, sbagliando, che il dolore è un processo normale della terza età.
- \* Il dolore cronico è un problema serio nella terza età e causa tremende sofferenze ai pazienti.
- \* La maggior parte degli anziani hanno significativi problemi di dolori e questi sono trattati insufficientemente.

## \* Il dolore nell'anziano



\* 50% degli ospiti nelle case per anziani afferma di non avere sofferto di dolori nel corso dell'ultima settimana, circa il 10% ha indicato di avere avuto dolori solo una volta, mentre oltre un terzo ha risposto di avere sofferto regolarmente di dolori. In uno studio americano si rileva che il 66% dei residenti di istituzioni soffrono di dolori cronici e che almeno la metà di questi non sono rilevati correttamente dai medici curanti.

\* **Dati statistici**

## \* Prevalenza del dolore cronico nel paziente anziano

### \* Pazienti che risiedono a domicilio:

- \* 62-74 anni            39%            trattati con analgesici: 33%
- \* 75-84 anni            49%
- \* oltre 85 anni        41%            trattati con analgesici: 21% Landi, 2001

### \* Pazienti ospiti in CpA:

- \* 65-80% degli ospiti in casa anziani lamentano dolori cronici
- \* ... ma solo 30-40% sono adeguatamente trattati

Ferrel, 1991, Rapin, 2002, Brochet,...

# \* Dati statistici

\* Localizzazione e frequenza del dolore negli anziani:

- \* Gambe → 62%
- \* Schiena → 44%
- \* Braccia e spalle → 36%
- \* Mani → 29%
- \* Piedi → 27%
- \* Torace/addome → 26%
- \* Anche → 18%
- \* Caviglie → 5%
- \* Altro → 12%

\* **La depressione: stato d'animo che puo' essere causato da un'errata percezione - esageratamente negativa - del se' e degli eventi.**

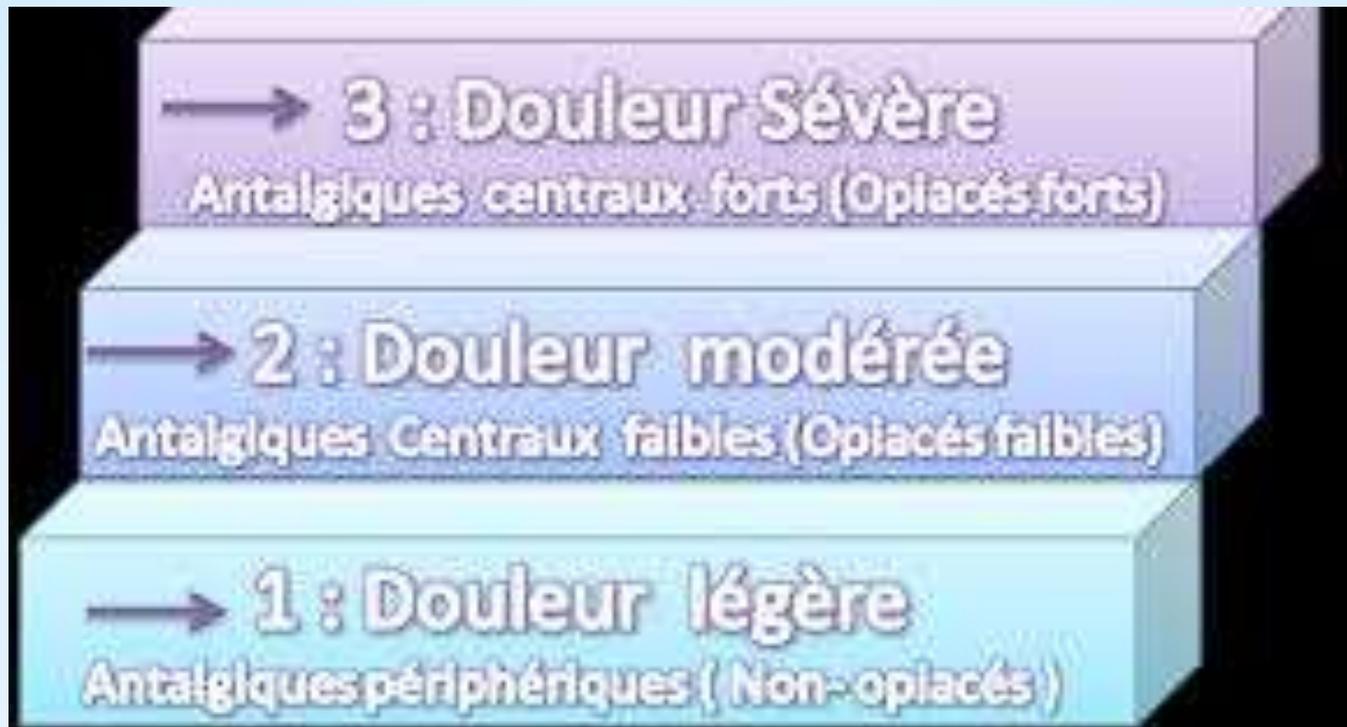
\* **L'anziano e la depressione**

## TIMORI NELL'ANZIANO (che possono indurre alla depressione)

- \* Cambiamento con l'età
- \* Solitudine e abbandono
- \* Malattia, disabilità
- \* Non autosufficienza
- \* Declino mentale
- \* Povertà indigenza
- \* Emarginazione
- \* Istituzionalizzazione
- \* Morte

- \* Quando le persone affette da depressione imparano ad identificare le distorsioni cognitive ed a rimpiazzarle con interpretazioni piu' realistiche, la depressione si riduce.
- \* **Come curanti quindi, dobbiamo riuscire a diminuire il pensiero negativo, e ridurre l'isolamento sociale, aumentare le attivita' piacevoli, e migliorare le qualità sociali.**

- \* Dobbiamo quindi riuscire ad instaurare con l'anziano un'alleanza terapeutica. **L'alleanza terapeutica** é il risultato di affetti e sentimenti positivi che passano attraverso una relazione di fiducia.
- \* **Senza la fiducia di base é impossibile impostare qualunque alleanza, é impossibile curare una persona.**



\*Gestione  
farmacologica del  
dolore

- \* Riconoscere le dimensioni cognitive, comportamentali e socioculturali
- \* Supporto psicologico
- \* Riabilitazione fisica
- \* Tecniche fisiche: massaggio, applicazione di freddo, di caldo e posizioni antalgiche.
- \* Tecniche legato all'aspetto psicologico: distrazione rilassamento, musica e respirazione controllata con immagini.

## \* Gestione non farmacologica del dolore

\* Tecniche di distrazione: guardare la tv, accarezzare un animale, giocare, ascoltare la musica, mostrare immagini e parlare di cosa rappresentano per la persona, cosa vede lei..

\* Vantaggi degli interventi non farmacologici:  
basso costo, basso rischio di effetti collaterali,  
diminuiscono emozioni negative come l'ansia e  
la paura, aumentano nella persona il senso di  
autocontrollo del proprio corpo, migliorano la  
qualità del sonno, migliorano le relazioni  
interpersonali. Risultato a livello globale:  
miglioramento della qualità di vita dell'utente.

\* Svantaggi: non ci sono sufficienti ricerche, una tecnica puo essere utile per una persona e inutile per un'altra, alcuni pazienti possono trovare alcune tecniche stressanti.

- \* La migliore presa a carico del dolore avviene attraverso l'unione della terapia farmacologica, con quella non farmacologica.
- \* Per corretta gestione del dolore non si intende la completa assenza del dolore o l'utilizzo di una quantità minima di farmaci, ma una diminuzione dei dolori, la quale migliora la qualità della vita della persona, si riflette nelle AVQ, nella qualità del sonno e nella socializzazione.

- \* Agopuntura
- \* Training autogeno
- \* Neurostimolatori
- \* Trattamenti psicologici a scopo: rilassamento, defocalizzazione, elaborazione del dolore, trattamento ev. malattia psichiatrica concomitante, coping, partecipazione dei familiari

## \* Trattamenti non farmacologici

- \* Centro del dolore Ospedale Italiano
- \* Hospice Ticino
- \* Eumédica Swiss center, Tesserete
  - \* Centro ambulatoriale di medicina del dolore.
  - \* Dal 1975. Si occupa di diagnosi e terapia del dolore cronico. Staff medico specialistico per minimizzare il dolore e riparazione tessuti malati

## \* Trattamento del dolore in Ticino

## \* Palliative-Ti associazione ticinese cure palliative

- \* Offerta d'assistenza sanitaria, sociale, psicologica e spirituale per persone affette da malattie croniche (o progressive).

- \* Trattamenti medici e interventi di cura e sostegno

## \* Cure palliative dell'Ospedale Italiano

- \* Servizio offre controllo del dolore, presa a carico del paziente con disturbi fisici, psichici, sociali e spirituali. Dolore mal controllato, astenia, inappetenza, sofferenza esistenziale.

## \* Neurocentro Lugano Ospedale Civico

- \* Viene offerto un servizio di diagnostica e terapia del dolore.
- \* Valutazioni interdisciplinari, test funzionali per la localizzazione del dolore e trattamento dolore cronico.

- \* B. Kozier, G. Erb, A., S.Snyder. *Nursing clinico, tecniche e procedure*. Kozier & Erb. Napoli, 2011
- \* B.Miller-Kraybill, *Nondrug Pain & symptom management in Nursing assistant End of Life*. Hospice and palliative nursing association, 2006
- \* K.A. Herr e L.Garand, *Assessment and measurement of pain in older adults*. Clin Geriatric med. 2001; 17(3)

## \* Bibliografia

- \* R.Melzack. *The McGill pain questionnaire*.  
Departement of psychology, Mc Gill University,  
Monreal. 1983
- \* M.P. Davis e M.Srivastava. *Demographics,  
assesstment and management of pain in the  
elderly*. Drug aging. 2003, 20(1) pp.23-57
- \* C.Reyner. *Pain in older people-A hidden  
problem*.
- \* A.D.Kaye, A.Baluch e J.T.Scott. *Pain  
management in the elderly population: a  
review*. The Ochsensr Jurnal, 2010, 10(3) pp.  
179-187

- \* Pubblicazione USTAT Repubblica e Cantone Ticino. *Lo stato di salute delle persone anziane in istituzioni in Ticino*. DSS 2011-2
- \* F. Meroni. *Gestione del dolore nell'anziano*. Presentazione ACD (2-2013)

- \* <https://sites.google.com/site/goodeveningdoctor/home/dolore-psicogenico-psychogenic-pain>
- \* <http://www.eoc.ch/Centri-specialistici/Neurocentro-della-Svizzera-Italiana.html>
- \* <http://eumedicaswisscenter.ch>
- \* <http://www.palliative-ti.ch>
- \* <http://www.eoc.ch/Dettagli/Specialita.Ospedale-Regionale-di-Lugano---Civico-e-Italiano.2200.Cure-palliative.14.html>

\* **Sitografia**