

Il trattamento del dolore in urgenza

Assistenza e Gestione delle Urgenze in Riabilitazione

Dott.ssa Stefania Pivetti

Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice

Specialista in Fisiopatologia e Terapia del dolore

Il dolore ACUTO in ambito Riabilitativo

- Dolore post operatorio
- Dolore negli anziani
- Dolore nei pazienti con decadimento cognitivo
- Dolore oncologico (Breakthrough pain)

Dolore acuto

«Il dolore acuto consiste in una complessa costellazione di sgradevoli esperienze sensoriali, percettive ed emotive ed in certe risposte associate vegetative, cognitive e comportamentali.»

- Fornire un trattamento che riduca il dolore del paziente e mantenga la funzione con minimi effetti negativi
- Per un efficace gestione del dolore acuto è necessaria un appropriata valutazione e misurazione del dolore
- In tutte le fasi di gestione del dolore è importante rassicurare i pazienti che il loro dolore è compreso e sarà preso sul serio
- Prevenire la cronicizzazione

Tabella 6.1 Componenti fondamentali di una storia di dolore :

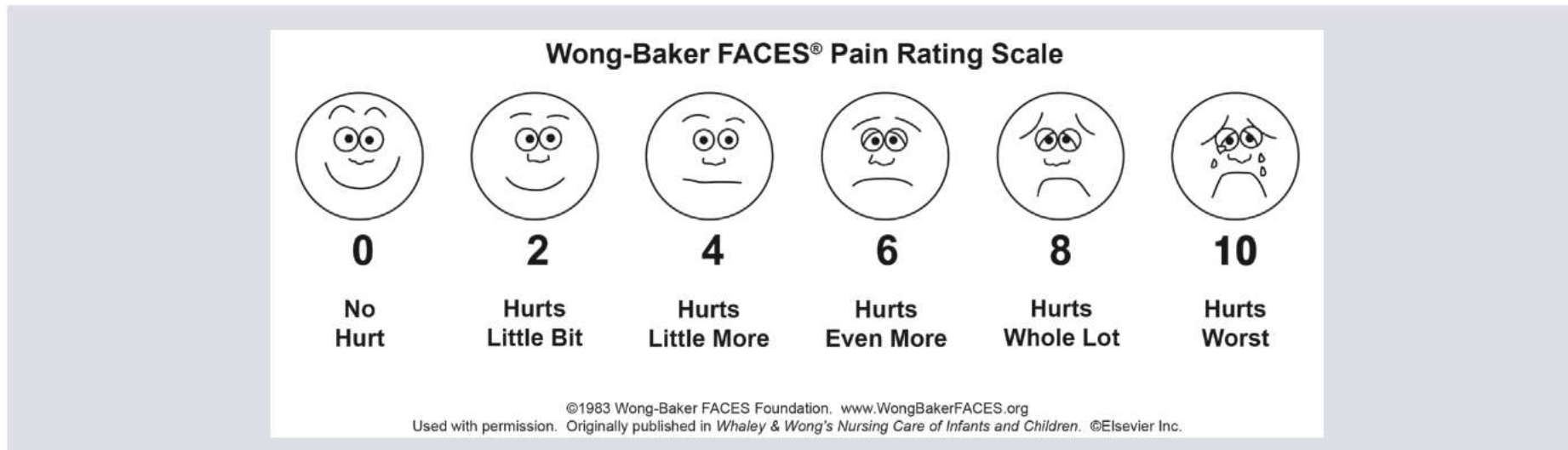
Sito di dolore	<ul style="list-style-type: none">• Posizione primaria del dolore – descrizione e diagramma della posizione del dolore• Radiazione del dolore dalla sede primaria
Circostanze associate coninsorgenza di dolore	<ul style="list-style-type: none">• Compresi i dettagli di traumi o procedure chirurgiche
Carattere del dolore	<ul style="list-style-type: none">• Descrittori di sensazione: acuto, bruciante, pulsante, ecc.• McGill Pain Questionnaire – descrittori sensoriali e affettivi• Caratteristiche del dolore neuropatico utilizzando questionari specifici sul dolore neuropatico ad es. NPQ, DN4, LANSS, PainDETECT, ID dolore
Intensità del dolore	<p>Intensità in diverse situazioni</p> <ul style="list-style-type: none">• Un riposo• In movimento• Altri fattori temporali<ul style="list-style-type: none">– Durata del dolore– Dolore nel tempo: attuale, ultima settimana, massima intensità– Caratteristica del dolore – continuo, intermittente
Sintomi associati	<ul style="list-style-type: none">• Altri sintomi es. nausea
Effetto del dolore sulle attività e dormire	<ul style="list-style-type: none">• Interruzioni del sonno, capacità di intraprendere le normali attività
trattamento	<ul style="list-style-type: none">• Farmaci attuali e precedenti, inclusi dose, frequenza, efficacia, effetti collaterali• Altri trattamenti per il dolore• Quali operatori sanitari sono stati consultati in relazione al dolore
Anamnesi rilevante	<ul style="list-style-type: none">• Condizioni di dolore precedenti o coesistenti ed esiti del trattamento• Condizioni mediche precedenti o coesistenti
Fattori che influenzano i pazienti trattamento sintomatico	<p>Comprendere i fattori non medici tra cui</p> <ul style="list-style-type: none">• Convinzione sulle cause del dolore• Comprensione, conoscenza, conoscenza per la gestione del dolore trattamento• Aspettative sull'esito del trattamento del dolore• La riduzione del dolore necessaria per la soddisfazione del paziente• Le tipiche strategie di coping del paziente per lo stress e il dolore (capire se il paziente ha ansia, depressione o disturbi psichiatrici presenti)• Aspettative e convinzioni della famiglia/caregiver sul dolore, lo stress e il corso di gestione

Misurare il dolore

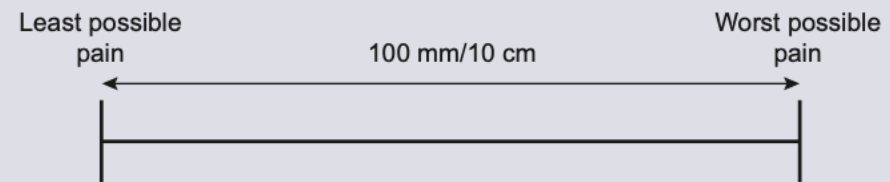
- Anamnesi del dolore: posizione del dolore, caratteristiche temporali, aggravante e fattori allevianti; impatto del dolore sulla funzione e sulla qualità di vita, trattamento passato e rapporti, aspettative del paziente e obiettivi
- Scale categoriali
- Scale di valutazione numerica NRS



La scala FACES di Wong-Baker



- Scala analogica visiva



- Valutazione dell'impatto funzionale del dolore
- Valutazione del dolore in situazioni speciali
 - pazienti geriatrici o con deficit cognitivo
 - pazienti sedati o incoscienti

Pain assessment in advanced dementia

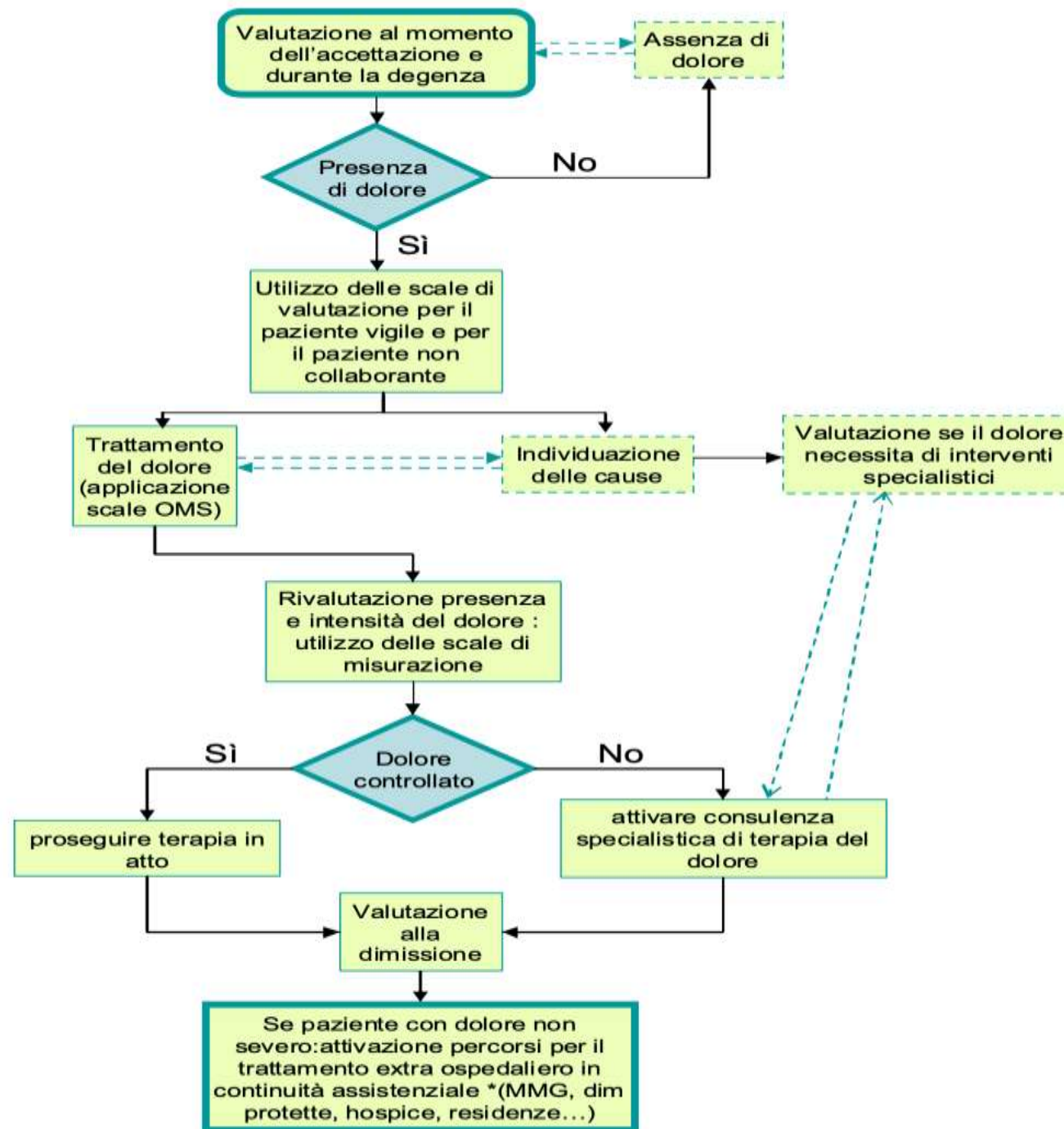
PAINAD

	0	1	2
Respiro (indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

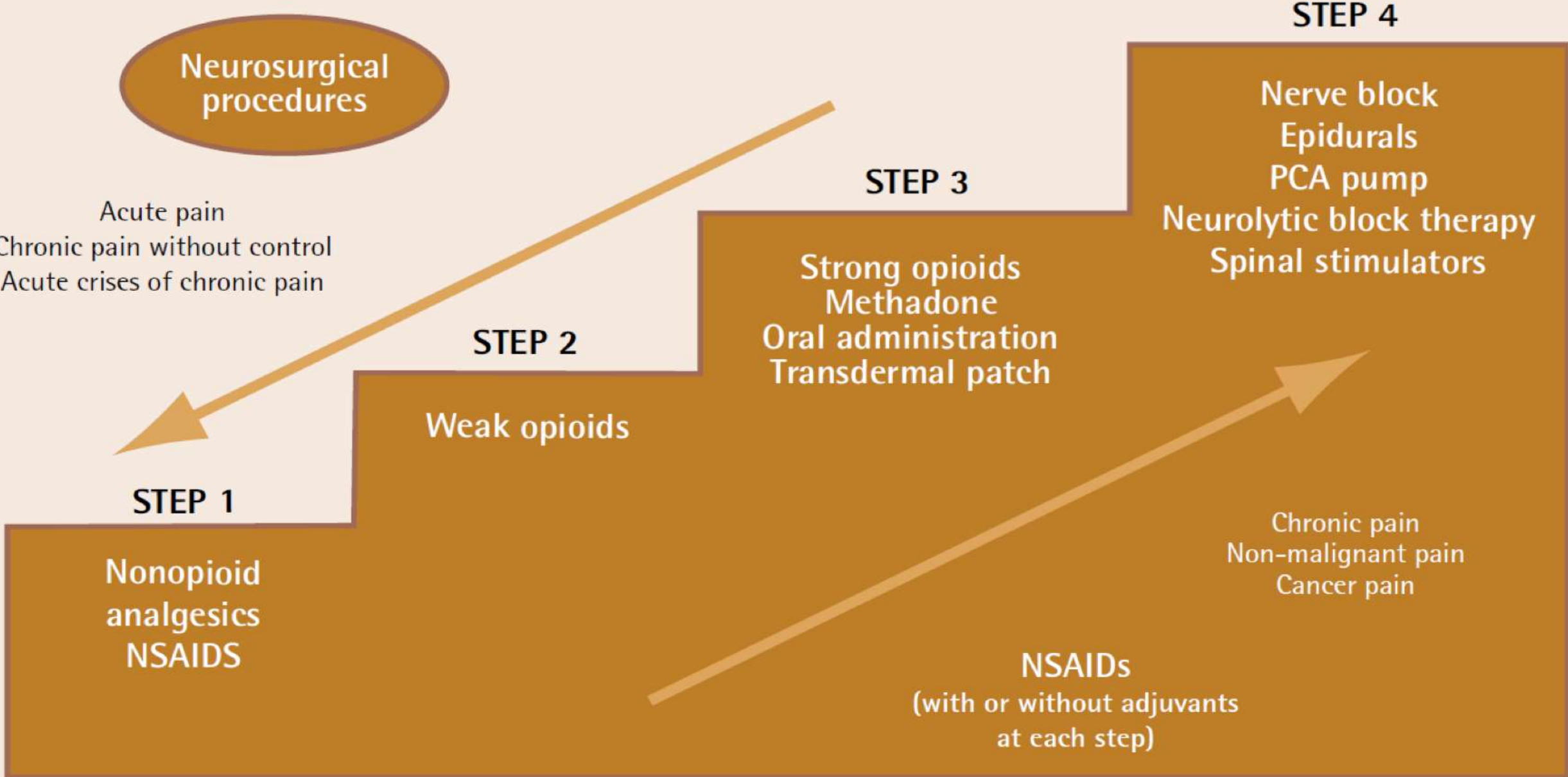


Gestione del dolore

Terapie non farmacologiche

- Interventi psicologici: condividere le informazioni; rilassamento; metodi di controllo dell'attenzione; intervento cognitivo comportamentale (CBT)
- Stimolazione elettrica transcutanea (TENS)
- Agopuntura e tecniche correlate
- Ultrasuoni, freddo e caldo, trazione e rinforzo, posizionamento del paziente

Figure 2. New adaptation of the analgesic ladder



Livello di dolore	Trattamento analgesico
NRS 1 - 3	Paracetamolo per os 1 gr (max 3 gr /die) FANS
NRS 4 - 6	Paracetamolo ev 1 gr (max 4 gr /die) Paracetamolo in associazione ad oppioidi deboli per via orale: <ul style="list-style-type: none"> - Paracetamolo/Codeina 500/30mg (ripetibile ogni 6 ore) - Paracetamolo/Tramadololo 325 mg/37,5 mg (ripetibile ogni 6 ore) - Tramadololo 20 gtt x3 Tramadololo 1 fl in 100 ml SF x3 ev FANS
NRS 7 - 10	Oppioidi <ul style="list-style-type: none"> - Morfina (dose iniziale 4-6mg ev) - Fentanyl (dose iniziale 50-100 mcg ev)

Trattamento del dolore acuto

Livello dolore	Trattamento analgesico paziente adulto (>65anni)
NRS 1-3	Paracetamolo orale/orodispersibile 1 gr (max 3gr/die)
NRS 4-6	Paracetamolo ev 1 gr (max 4 gr/die) Paracetamolo in associazione con oppioidi deboli per via orale Paracetamolo /Codeina 500/30 mg(ripetibili ogni 6 ore) Paracetamolo/Tramadolo 325/37,5 mg (ripetibile ogni 6 ore)
NRS 7-10	Oppioidi: Morfina (dose iniziale 0,05 mg/Kg ev, ovvero 0,5-1mg) Fentanyl a basso dosaggio

Effettuare titolazione fino al raggiungimento della dose minima efficace(dimezzamento dell’NRS iniziale);
attenzione all’uso concomitante di benzodiazepine per l’aumentato rischio di depressione respiratoria.
L’uso di oppioidi è associato ad aumentato rischio di cadute e lesioni secondarie.