

# Ospedale senza dolore



05/11/2008

L.L.

**AFD Loredana Lunghi**

1



# Codice deontologico

- ◆ 4.14 l'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevedibili, si impegna a ricorrere all'uso del placebo solo per casi attentamente valutati.....
- ◆ 4.15 l'infermiere assiste la persona , qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita....
- ◆ 4.16 l'infermiere sostiene i familiari....



## NESSUN LESSICOGRAFO, FILOSOFO O RICERCATORE E' RIUSCITO A DEFINIRE IL DOLORE

- ◆ Esperienza personale intensa
- ◆ Vissuto soggettivo espresso con parole e comportamenti, variabili da individuo a individuo e da situazione a situazione.
- ◆ Prende origine dall'interazione tra il livello biologico, psicologico e ambientale (multidimensionalità)
- ◆ Dolore e piacere sono semplici idee indefinibili



# Dolore: classificazione

## Acuto

- ◆ Recente insorgenza e durata limitata
- ◆ Espressione diretta e visibile (sudorazione, tachicardia, pallore...)
- ◆ Rilevabile tramite l'osservazione del comportamento
- ◆ Più facilmente individuabile


## Cronico

- ◆ Non ha una durata inferiore al mese
- ◆ Espressione bloccata (stanchezza, depressione, abbandono alla vita)
- ◆ Comportamento non congruente con la presenza del dolore
- ◆ Difficile da riconoscere e da credere.



MENTRE IL DOLORE  
ACUTO E' UN SINTOMO DI  
MALATTIA...


IL DOLORE CRONICO E'  
ESSO STESSO LA  
MALATTIA.



# Dolore: classificazione in base al meccanismo fisiopatologico

## Dolore nocicettivo

- ◆ Eccesso di stimolazione nocicettiva
- ◆ Espressione meccanica (↑ dolore con l'attività fisica) o infiammatoria.




# Dolore: classificazione in base al meccanismo fisiopatologico

## Origine neurogena

- ◆ Compressione di un tronco, di una radice o di un plesso → dolore neurogeno.
- ◆ Compressione di un tronco, di una radice o di un plesso non persistente → dolore neuropatico o di deafferentazione

## Descrizione clinica:

- ◆ Bruciore (continuo), scariche elettriche (acute e intermittenti), formicolii e pizzichi (disestesie).



# Dolore: classificazione in base al meccanismo fisiopatologico

## Dolore psicogeno

Il dolore cronico non si può definire come psicogeno ma è il risultato dall'intreccio di fattori somatici e psicosociali



# Scala analgesica OMS

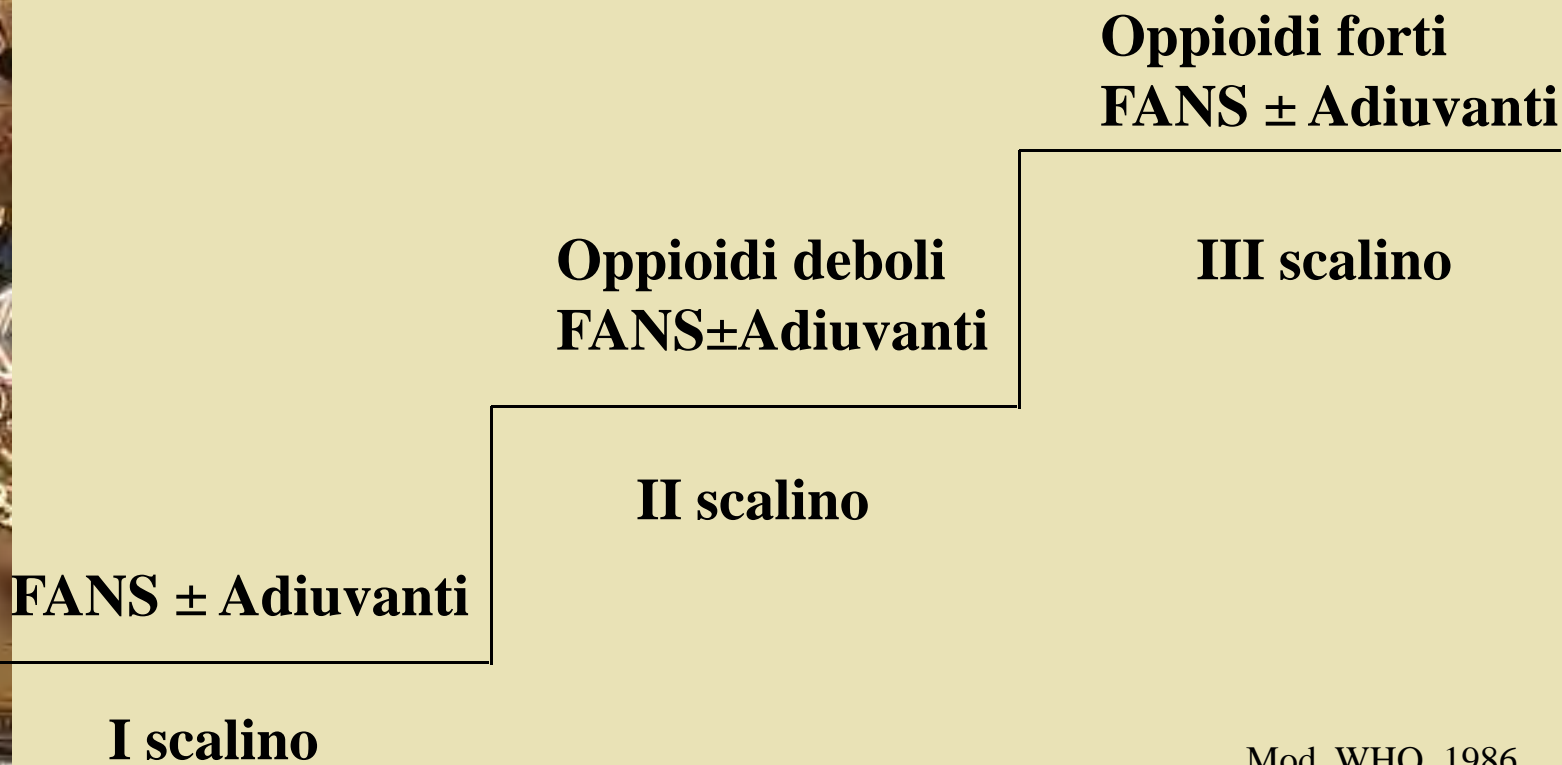
- ◆ Presentata nel 1986
- ◆ Successivamente modificata
- ◆ Approccio sequenziale, multimodale al dolore oncologico
- ◆ Pensata anche per i paesi in via di sviluppo
- ◆ Attualmente proposta per i dolori non oncologici



# Scala OMS: principi d'uso

- ◆ Il farmaco giusto, nella dose giusta, con il giusto intervallo di somministrazione
- ◆ Via orale
- ◆ Ad ore fisse
- ◆ In maniera sequenziale
- ◆ Utilizzando farmaci adiuvanti
- ◆ Prestando attenzione ai dettagli

# Scala OMS



Mod. WHO, 1986



# Farmaci adiuvanti

- ◆ Controllo effetti collaterali:

- Lassativi
- Antiemetici

- ◆ Psicotropi

- Sedativi notturni
- Ansiolitici
- Antidepressivi

- ◆ Co – analgesici

- Corticosteroidi
- Anticonvulsivanti
- Antiaritmici



# Oppioidi: cosa significa...

“Effetto tetto”

Aumentando il farmaco, oltre un certo limite, aumentano solo gli effetti collaterali senza nessun aumento dell’analgesia



# Oppioidi: cosa significa...

## Dipendenza fisica

Comparsa di segni e sintomi acuti di astinenza in caso di brusca interruzione della terapia oppioide

Agitazione, insonnia, tremori, panico e soprattutto esacerbazione della sintomatologia dolorosa



# Oppioidi: cosa significa...


## Dipendenza psichica

Comportamento determinato da abuso di farmaco ed è caratterizzato dalla necessità del farmaco e da eccessiva preoccupazione di averlo.

# Oppioidi: cosa significa...

Tolleranza

Necessità di aumentare le dosi per  
ottenere lo stesso effetto




# Oppioidi: l'uso .....

## Sistema nervoso centrale

Devono portare analgesia senza alterazione dello stato di coscienza

A volte viene riferito:


- ◆ Sensazione di pesantezza alle estremità
- ◆ Calore diffuso
- ◆ Sensazione di prurito generale
- ◆ Xerostomia



# Oppioidi: l'uso .....

Sonnolenza e sedazione si presentano all'inizio della somministrazione e richiedono 24-48 ore di adattamento

“Il paziente spesso è terrorizzato perché ha paura di chiudere gli occhi e morire”




# Oppioidi: l'uso .....

Sistema gastro-enterico

Nausea e vomito (25 – 30%)

- ◆ Sia origine centrale che periferica
- ◆ La tolleranza impiega almeno una settimana per svilupparsi
- ◆ Richiede anche l'uso di neurolettici



# Oppioidi: l'uso .....

## Stipsi

- ◆ Per riduzione della peristalsi e delle secrezioni.
- ◆ La tolleranza non si sviluppa mai
- ◆ Richiede:
  - Uso regolare di ammorbidenti alternato a lassativi
  - Aumento dell'introduzione dei liquidi

# Oppioidi: l'uso .....

## Sistema respiratorio

il dolore è considerato un antagonista della depressione respiratoria.

Controllo del dolore



Sedazione



Depressione respiratoria


# Oppioidi: l'uso .....

La miosi

soprattutto se puntiforme

è un tipico segno di  
sovraccarico da oppioide






# Oppioidi: l'uso .....

- ◆ Apparato urinario

All'inizio della somministrazione si può avere una ritenzione urinaria per aumento del tono della muscolatura liscia soprattutto negli anziani



# Oppioidi: vie di somministrazione


- ◆ Orale

È da preferire proprio per la cronicità della terapia

- ◆ Transdermica

- ◆ Endovenosa


- ◆ Sottocutanea



# Oppioidi: vie di somministrazione

## Transdermica

1. Il cerotto deve essere applicato sulla pelle non irritata su una superficie piana
2. Le zone preferibili sono la parte superiore del dorso e la zona sotto-clavicolare del torace.
3. L'eventuale peluria deve essere tagliata con un paio di forbici e non rasata.
4. La pelle deve essere perfettamente asciutta prima di applicare il cerotto che va premuto in posizione col palmo della mano per 30 secondi.
5. Alla rimozione il nuovo cerotto deve essere applicato in un punto diverso dal precedente.



# Oppioidi: vie di somministrazione

## Endovenosa

### Richiede:

- ◆ la presenza di un accesso venoso centrale long-term.
- ◆ la capacità di gestire un accesso venoso centrale.
- ◆ la capacità di gestire i sistemi d'infusione dei farmaci



# Oppioidi: vie di somministrazione

## Sottocutanea

- ◆ Condizioni cliniche che rendono impossibile l'uso della terapia orale
- ◆ Inefficacia degli oppioidi per via orale
- ◆ Per ridurre nausea e vomito da oppioide

## Controindicata:

- ◆ Stato anasarcativo
- ◆ Disturbi coagulativi



# La valutazione del dolore

- ◆ Permettere al paziente di narrare il suo dolore come parte della sua malattia ma anche nella sua storia personale e le ricadute che tale sintomo ha nel contesto sociale.
- ◆ Permettere la nascita di una relazione paziente operatore e contesto familiare.
- ◆ Cercare di capire le aspettative che il paziente ha nei nostri confronti.
- ◆ Ottenere collaborazione



# La valutazione del dolore

La narrazione del paziente ha bisogno di essere ricondotta alla concretezza.

La difficoltà dell'operatore è quella di comprendere il linguaggio della narrazione diversa in ogni paziente come la storia che l'ha prodotta.



# La valutazione del dolore

Il percorso dell'infermiere e del malato dentro il suo dolore, permette ad entrambi di capire il dolore e tradurlo in problemi.

- ◆ Descrivibili
- ◆ Misurabili
- ◆ Affrontabili



# La valutazione del dolore


Accettazione del paziente:

- ◆ Conoscere e stabilire un rapporto anche nel contesto familiare
- ◆ Adeguare il linguaggio alla persona in rapporto all'età, scolarità e problematiche fisiche
- ◆ Cercare di ottenere collaborazione
- ◆ Comprendere l'impatto del sintomo sulle attività di vita
- ◆ Stabilire una rilevazione di base della sintomatologia dolorosa
- ◆ Cercare di capire le aspettative del paziente
- ◆ Dare importanza alla personalizzazione dell'assistenza
- ◆ Rendere consapevole dell'eventualità del dolore
- ◆ Conoscere la terapia impostata (anche non tradizionale)

# La valutazione del dolore

ANAMNESI INFERMIERISTICA ALL'INGRESSO (PARTE 2)				Richiedi: paziente	
De agitazione	Eupnoica <input type="checkbox"/>	Tachipnoica <input type="checkbox"/>	Bradipnoica <input type="checkbox"/>	altro _____	
Cute	Idratata <input type="checkbox"/>	Disidratata <input type="checkbox"/>	Edemi <input type="checkbox"/>	sede _____	
	Lesioni <input type="checkbox"/>	sede _____		grado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Colorito	Rosso <input type="checkbox"/>	Pallido <input type="checkbox"/>	Cianotico <input type="checkbox"/>	Itterico <input type="checkbox"/>	altro _____
Igiene personale	Autonomo <input type="checkbox"/>	Parz. autonomo <input type="checkbox"/>	Dipendente <input type="checkbox"/>	altro _____	
Udito	Normoacusia <input type="checkbox"/>	Ipoacusia <input type="checkbox"/>	Sordità <input type="checkbox"/>	Prolesi <input type="checkbox"/>	altro _____
Vista	Normale <input type="checkbox"/>	Con correzione <input type="checkbox"/>	Cataratta <input type="checkbox"/>	Cecità <input type="checkbox"/>	altro _____
Dentatura	Completa <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Edentulo <input type="checkbox"/>	Prolesi <input type="checkbox"/>	altro _____
Calo predentale negli ultimi sei mesi	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	quanto: _____	altro _____	
Intoller. alimentari	Normale <input type="checkbox"/>	Ridotto <input type="checkbox"/>	Molto scarso <input type="checkbox"/>	altro _____	
	Dieta: _____			Intolleranza: _____	
Deambulazione	Normale <input type="checkbox"/>	Con ausilio <input type="checkbox"/>	altro _____		
	Indipendente <input type="checkbox"/>	Parz. dipendente <input type="checkbox"/>	Allettato <input type="checkbox"/>	altro _____	
Altro	Regolare <input type="checkbox"/>	Sifico <input type="checkbox"/>	Diurno <input type="checkbox"/>	Alterato <input type="checkbox"/>	altro _____
	Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Lasciarsi _____		
Diuresi	Regolare <input type="checkbox"/>	Irregolare <input type="checkbox"/>	Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	altro _____
Dolore:	Soggettivo <input type="checkbox"/>	Oggettivo <input type="checkbox"/>	Intensità _____ (scala da 0 a 10)	Sede _____	
Intolleranza con:	Alimentazione <input type="checkbox"/>	Mobilizzazione <input type="checkbox"/>	Relaz. sociali <input type="checkbox"/>	Riposo <input type="checkbox"/>	altro _____

# La valutazione del dolore



**IEO**  
Istituto Europeo di Oncologia

## Monitoraggio Dati Paziente

Dolore	Data																			
	Temperatura	h																		
10	40																			
8	39																			
6	38																			
4	37																			
2	36																			
0	35																			

Dolore																				
F.A.																				
F.C.																				
Alvo																				
Glistere (G) Lassativo (L)																				
Nausea																				
Uscite - Vomito																				
- Urine																				
- Drenag./Versam.																				
Entrate - Orali																				
- Parenterali																				
Bilancio																				
Peso																				
Valori ematici per decisione	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb	Gr	Gb
Isolamento protettivo	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP	Hb	PP
DTX	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h
Esami/Consulti																				

Letto n°

**Monitoraggio Dati Paziente**

FOGLIO N°

### Anagrafica paziente

Nome

Cognome

Data Nascita    Sesso: M  F

ID Paziente

---

**Data Accettazione**  /  /

**Trattamento chemioterapico:**

**Patologia di base:**

**Patologie concomitanti:**

**Allergie:**

---

**Trattamento precedente:**

	Tossicità				
	G0	G1	G2	G3	G4
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stipsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucosite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrome m/p	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alopecia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ematologica:					

---

**Grado di Conoscenza Malattia:**

Nulla  Parziale  Completo



# La scheda informativa del dolore cronico



Istituto Europeo di Oncologia  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

## SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL DOLORE CRONICO

ETICHETTA

<p>VARIAZIONE TERAPIA: <input type="checkbox"/></p> <p>SOMMINISTRAZIONE TERAPIA STATIM: <input type="checkbox"/></p>					
<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>		<p><b>RIVALUTAZIONE SUCCESSIVA N°:</b> DATA:                      ORA:</p> <p>SW: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Dolore controllato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> .....</p> <p>Terapia statim <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Variazione terapia: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Cambiamento terapia: <input type="checkbox"/></p>	

Foglio n° .....



# Non sentiamoci sconfitti se:

- ◆ Abbiamo la tentazione di fuggire davanti all'espressione del dolore.
- ◆ Ci sentiamo impotenti (sentendoci partecipi).

e soprattutto

Il paziente rifiuta di assumere terapie  
specifiche

Grazie

