

PERCEZIONE DEL DOLORE IN REPARTI DI RIABILITAZIONE GERIATRICA: ATTENDIBILITA' E MODIFICABILITA' IN PAZIENTI CON DIFFERENTI LIVELLI COGNITIVI



E. Marelli^{1,2}, G. Procino¹, M. Cottino¹, G. Previderè¹, S. Giorgi¹, D. Ferrari¹, D. Dell'Acqua¹, S. Bruno¹, A. Guaita², M. Colombo^{1,2}

¹ Istituto Geriatrico "Camillo Golgi", Abbiategrasso (Milano) ² Fondazione "Golgi Cenci", Abbiategrasso (Milano)



PREMESSA

Il dolore, il più soggettivo tra i sintomi, annoverato come quinto tra i parametri vitali, diventa un "segno", di difficile misurazione, in caso di demenza grave. Peraltro, i reparti riabilitativi geriatrici accolgono frequentemente con beneficio pazienti con deterioramento cognitivo anche severo: nella nostra realtà, i pazienti con MMSE $\leq 15/30$ costituiscono il 16 % del totale. Anche per codesti ricoverati – come per gli altri – il lenimento del dolore si pone come un obiettivo importante, tra l'altro collegato a miglioramenti funzionali e nella percezione dello stato di salute in generale¹.

MATERIALI E METODI

Sono state studiate 1645 persone ricoverate consecutivamente nei reparti riabilitativi dell'Istituto "Golgi", cui è stata richiesta una valutazione del dolore mediante scala numerica verbale,² nell'ambito di una valutazione multidimensionale.

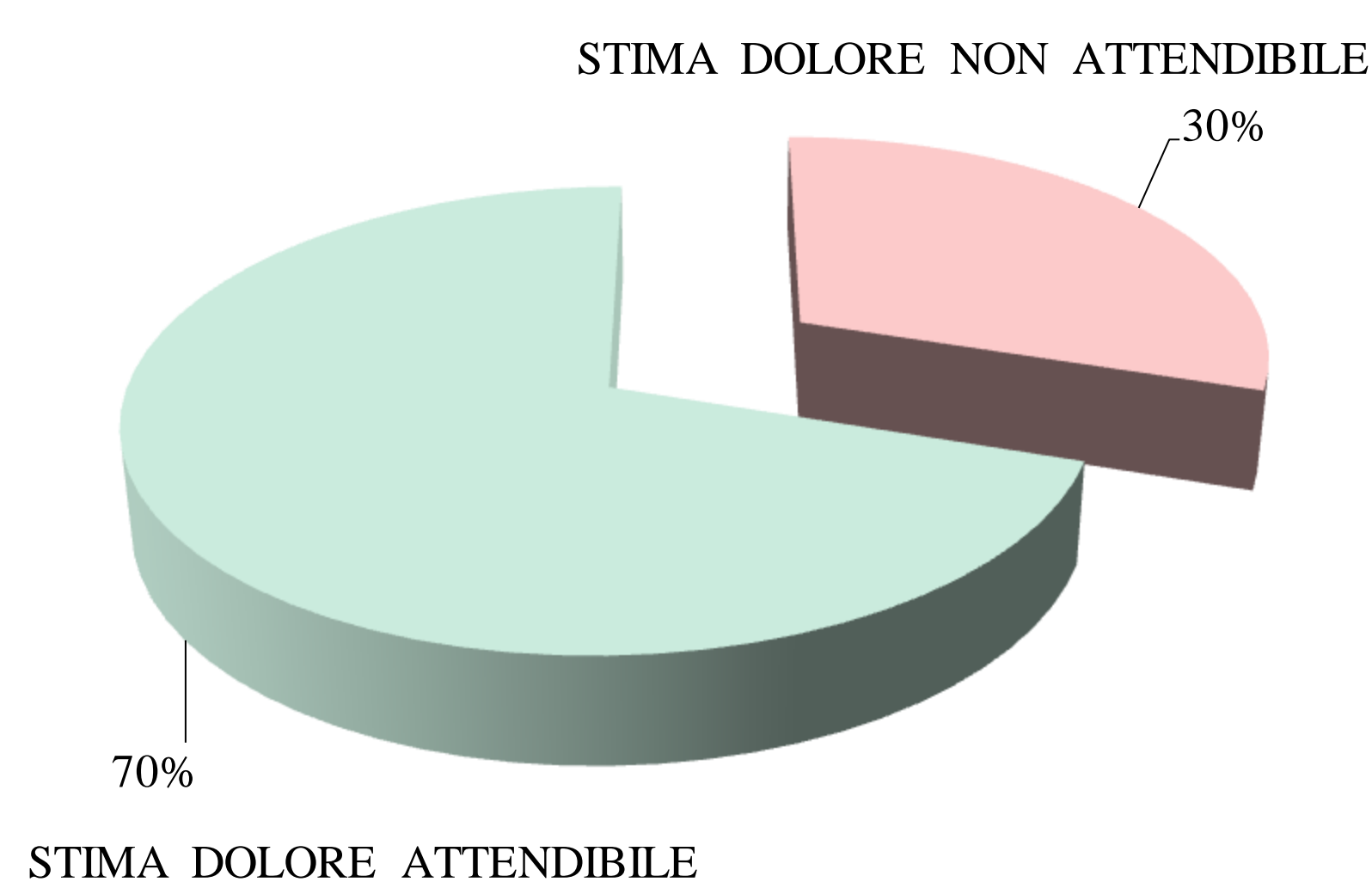
OBIETTIVO 1

Confrontare l'attendibilità della misurazione del dolore mediante "analogo numerico verbale" tra persone con 2 diversi livelli di MMSE

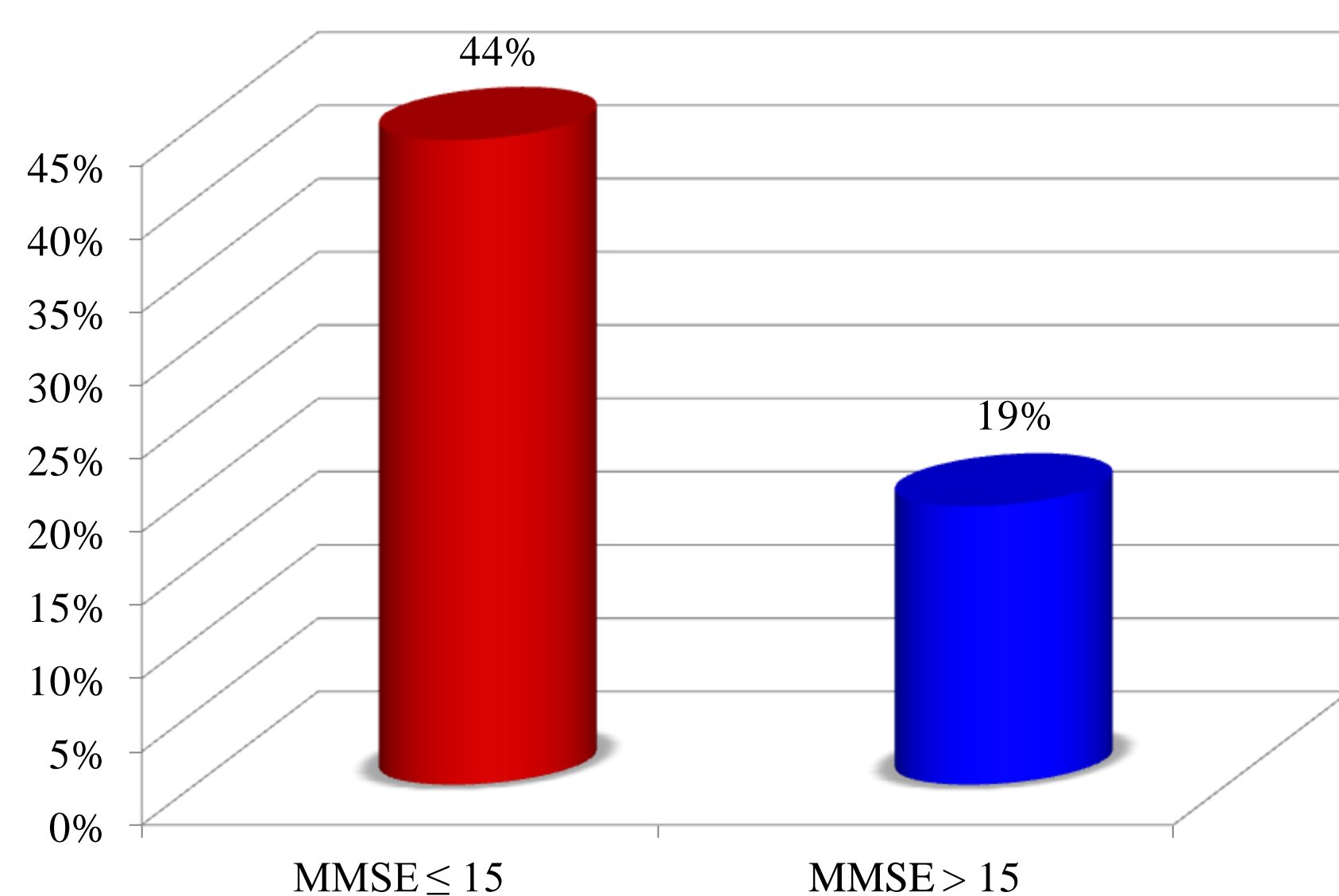
OBIETTIVO 2

Approfondire l'evoluzione del dolore durante il percorso riabilitativo nei medesimi due gruppi di pazienti

RISULTATI 1

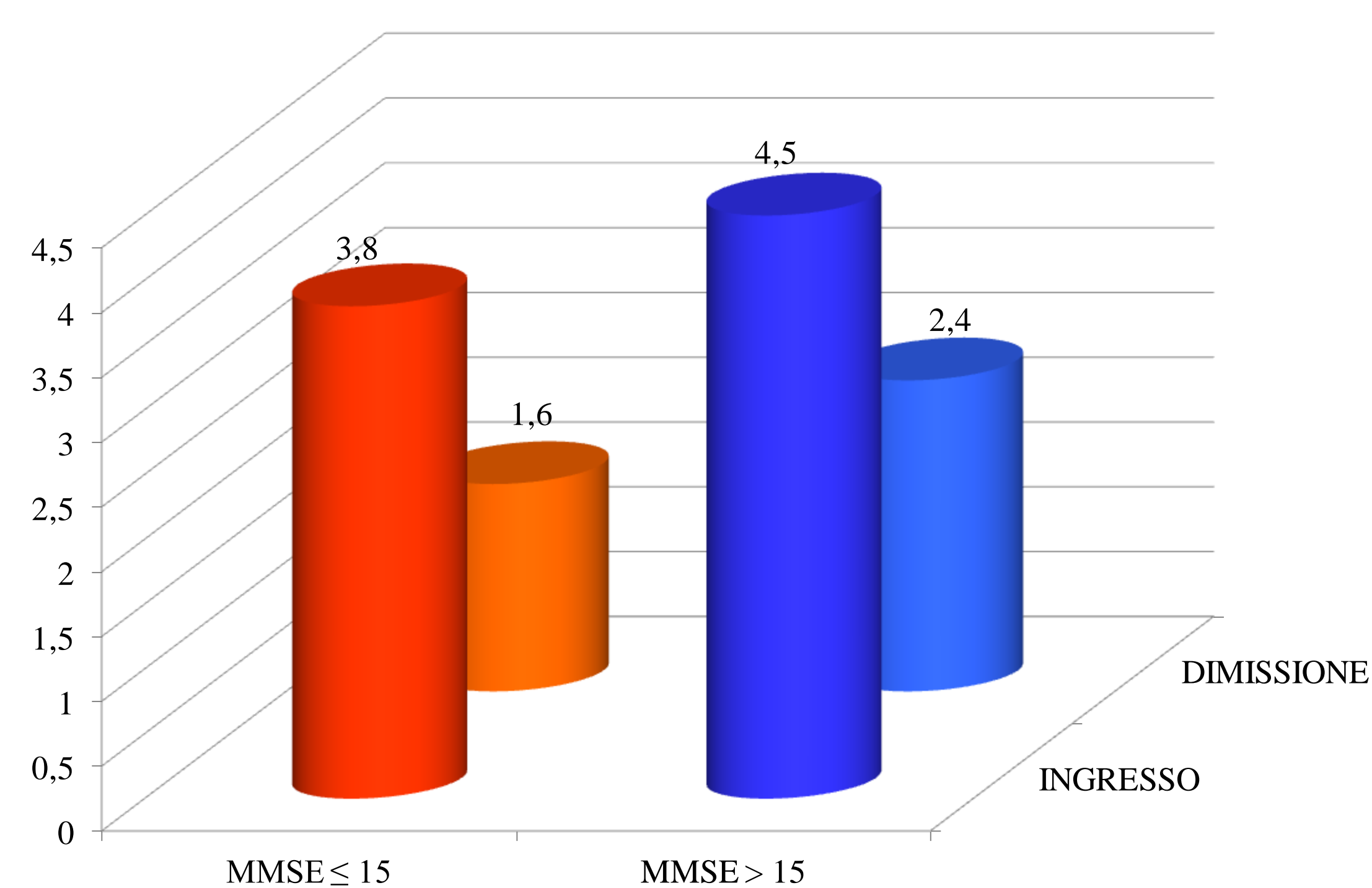


Complessivamente, 3 persone su 10 non riescono ad esprimere una stima attendibile del dolore, sia in ammissione che in dimissione. Applicando tabelle di contingenza, tale impossibilità si è verificata più spesso ($p < 0001$) tra i pazienti con MMSE $\leq 15/30$ (44 %) che tra quelli con MMSE $> 15/30$ (19 %).



RISULTATI 2

Allorché è stata formulata una quantificazione affidabile, applicando il test t è risultato che il primo gruppo di pazienti [con MMSE $\leq 15/30$] ha espresso livelli (media; deviazione standard) di dolore alla ammissione (3,8; 3,7) ed alla dimissione (1,6; 2,6) inferiori rispetto al secondo gruppo [con MMSE $> 15/30$]: rispettivamente (4,5; 3,6 e 2,4; 3) ($p = .029$ e $.001$).



Confrontando i livelli del dolore all'ingresso ed alla dimissione, non vi è differenza tra i 2 gruppi con differente competenza cognitiva nella riduzione della intensità media percepita del dolore, pari 2,1 punti per entrambi.

CONCLUSIONI

Questi dati confermano la necessità di cautela nella valutazione del dolore in pazienti con deterioramento cognitivo severo, adoperando sistemi tradizionali, poiché in una quota di codesti pazienti l'informazione potrebbe venire persa. A prescindere dai valori assoluti e dalle rispettive possibili differenze, è possibile attenuare di una quantità simile e clinicamente significativa³ il dolore, anche nelle persone con deterioramento cognitivo avanzato.

¹ Marelli E, Procino G, Cottino M, Previderè G, Giorgi S, Ferrari D, Dell'Acqua D, Bruno S, Guaita A, Colombo M. Autopercezione dello stato di salute in reparti di riabilitazione. *Psicogeriatría* 2013; 1 – Supplemento, 244

² Gracely RG, Dubner R. Reliability and validity of verbal descriptor scales of painfulness. *Pain* 1987; 29: 175-85

³ Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nuesch E, Villiger PM, Welton NJ, Reichenbach S, Trelle S. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. *BMJ* 2010;341:c4675 doi:10.1136/bmj.4675