L’ANZIANO CHIRURGICO

La gestione del dolore post operatorio

Dott. Pasquale De Matteo

DOMANDA DI PRESTAZIONI MEDICHE

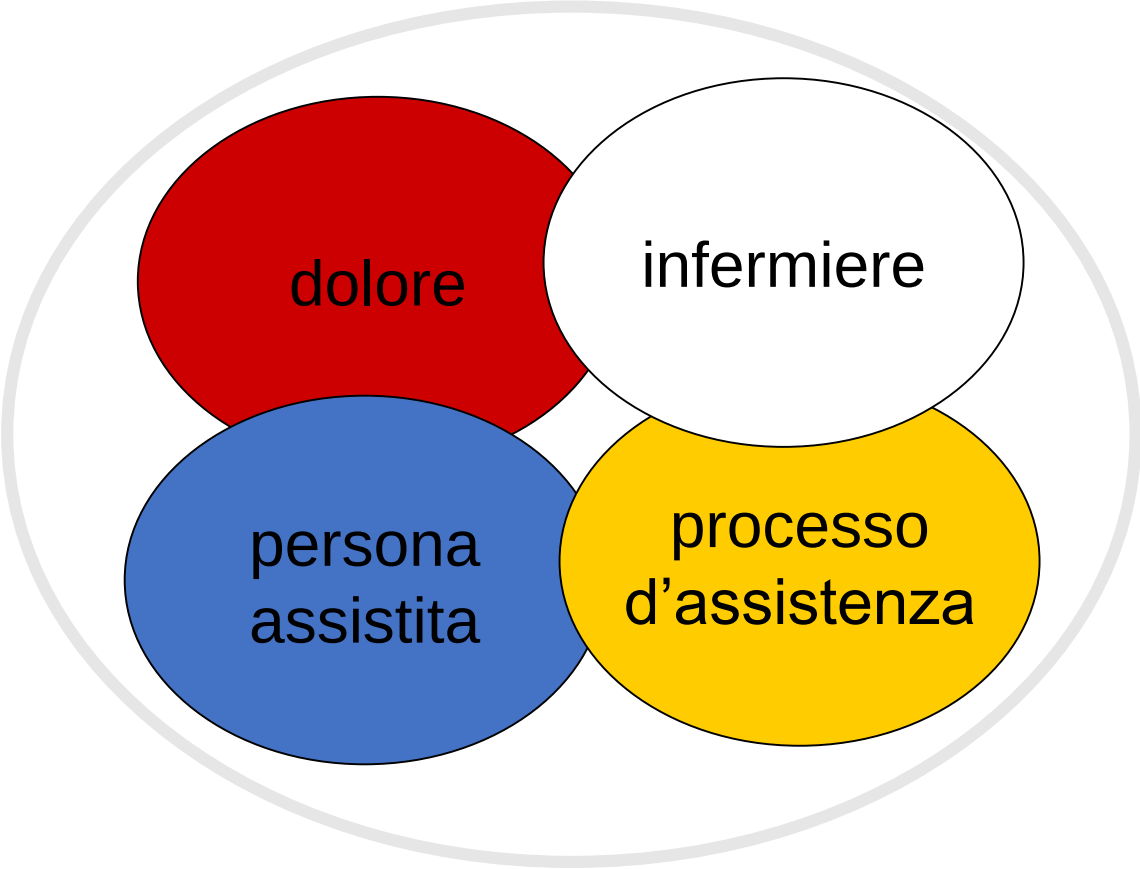
Chirurgia specialistica

31%

Chirurgia generale

18%

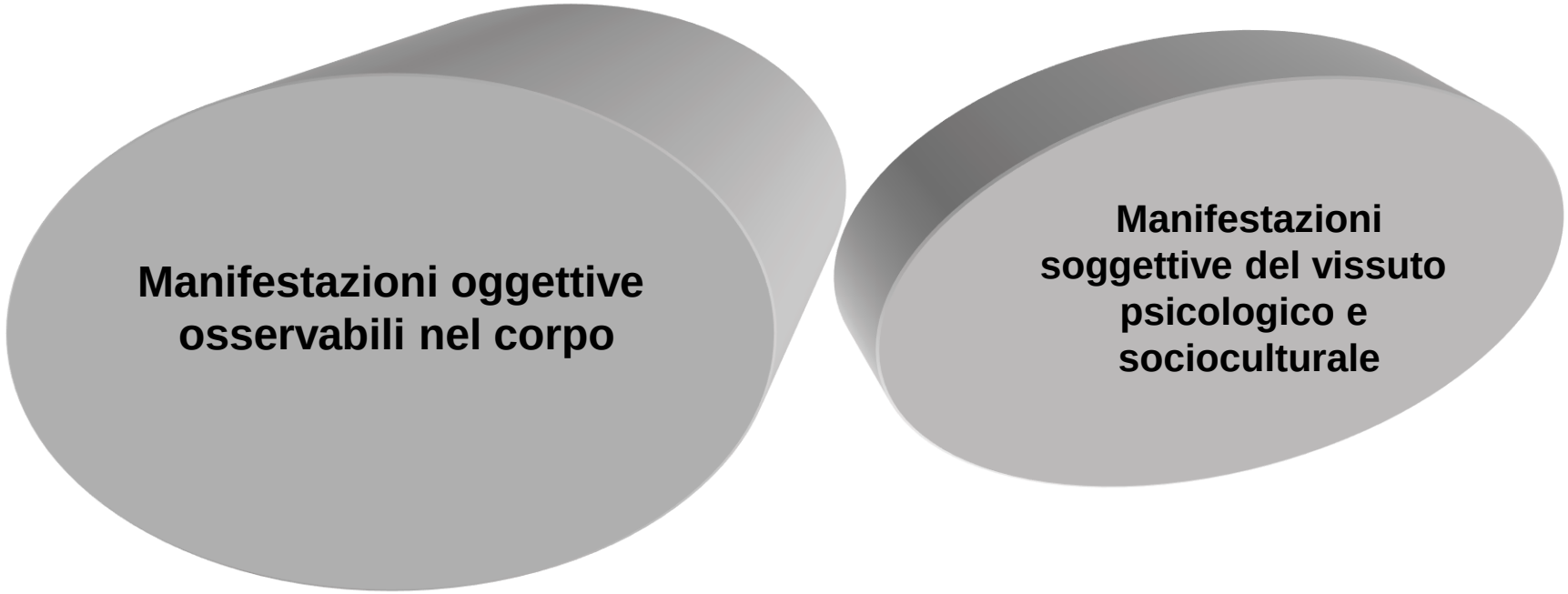
ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA CON DOLORE



ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALLA PERSONA CON DOLORE

- **DOLORE** come sintomo e patologia
- **INFERMIERE** professionista cui è riconosciuta la competenza tecnica specifica di identificazione e risoluzione di particolari problemi di salute
- **PERSONA ASSISTITA** che chiede aiuto all'infermiere.
- **PROCESSO DI ASSISTENZA** cioè il metodo clinico con cui l'inf. assiste la persona con dolore e con il quale si attua la relazione assistenziale

Dolore
fenomeno complesso



IL DPO APPROCCIO INFERMIERISTICO

PROCESSO DI NURSING

Metodo clinico

per interpretare

Oggettività del dolore

Soggettività della persona assistita

SU QUALI LINEE-GUIDA È POSSIBILE COSTRUIRE UN PIANO DI ASSISTENZA?

- Monitoraggio del dolore
- Monitoraggio dei parametri vitali
- Somministrazione della terapia antalgica
- Controllare e valutare l’efficacia della terapia mediante l’uso di scale standard ed a intervalli prestabiliti
- Controllo dei presidi di infusione e della quantità di sostanza somministrata delle dosi richieste

NURSING GERIATRICO CHIRURGICO

- **Nursing pre-operatorio: 9 categorie**
  1. Disturbi cognitivi/comportamentali
  2. Valutazione cardiaca
  3. Valutazione polmonare
  4. Performance status funzionale
  5. Fragilità
  6. Stato nutrizionale
  7. Gestione Farmaci
  8. Counseling psicologico
  9. Tests pre-operatorio

- Nursing intra-operatorio

- Nursing post-operatorio

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Periodo pre-operatorio

Ansia/paura: correlata a

- esperienza chirurgica
- perdita del controllo
- esito non prevedibile
- insufficiente conoscenza
  - della routine operatoria
  - delle attività post-operatorie
  - delle modificazioni

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Periodo post-operatorio

1. *Rischio di cadute;*
2. *Rischio di aspirazione;*
3. *Rischio elevato di alterazione della funzione respiratoria:* correlato a immobilità secondaria, post-anestesia e dolore;
4. *Rischio elevato di infezione correlato al sito chirurgico*;
5. *Rischio di compromissione dell'integrità cutanea*;
6. *Rischio di compromissione dell'integrità tissutale;*
7. *Incontinenza urinaria riflessa*;

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

Periodo post-operatorio

8. *Dolore acuto*;
9. *Rischio elevato di nutrizione alterata* (inferiore al fabbisogno): correlato al diminuito apporto secondario a dolore, nausea, vomito e restrizioni dietetiche;
10. *Rischio elevato di stipsi* : correlato a diminuzione della peristalsi secondaria a immobilità e agli effetti dell'anestesia;
11. *Intolleranza all'attività fisica*: correlata a dolore e debolezza secondaria all'anestesia, ipossia tissutale e insufficiente assunzione di liquidi e nutrienti;
12. *Rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico:* correlato a insufficiente conoscenza della cura del sito chirurgico, dei farmaci, dei segni e sintomi di complicanza e del follow-up.

GESTIONE POST-OPERATORIA
Complicanze

- Nausea e vomito;
- Delirium;
- Complicanze polmonari;
- Cadute;
- Denutrizione;
- IVU;
- Lesioni da pressione;
- **Dolore**.

CHECK-LIST POST-OPERATORIA

Valutazione giornaliera per	Strategie di Prevenzione/Interventi NIC
Delirium/alterazione cognitiva Delirium ipoattivo: mancanza di consapevolezza e riduzione dell'attività motoria; Delirium iperattivo: paziente agitato; Delirium misto	• Controllo del dolore • Ottimizzazione dell'ambiente (per esempio, favorire il sonno, minimizzare le limitazioni del movimento, incoraggiare la famiglia ad essere presente) • Ausili visivi e uditivi accessibili • Rimuovere i cateteri • Monitoraggio per sindrome di astinenza • Minimizzare i farmaci psicoattivi
Dolore acuto	• Educazione continua riguardante la sicurezza e l'efficace utilizzo di trattamenti istituzionali • Storia clinica di dolore • Controllo del dolore multimodale e individualizzato • Titolazione di dose vigile
Complicazioni polmonari	• Fisioterapia toracica e spirometria incentivante • Mobilizzazione/deambulazione precoce • Precauzioni all'aspirazione

CHECK-LIST POST-OPERATORIA

Rischio di caduta	• Raccomandazioni per la prevenzione delle cadute • Ausili visivi e uditivi accessibili • Utilizzo dei bagni • Trattamento appropriato del delirium • Mobilizzazione/deambulazione precoce • Terapia fisica/occupazionale precoce se indicata • Strumenti di assistenza alla deambulazione
Capacità di mantenere una nutrizione adeguata	• Riprendere la normale alimentazione appena possibile • Rendere disponibili le dentiere • Supplementi se indicati
Prevenzione delle IVU	• Documentazione giornaliera dell'indicazione al catetere di Foley • Attenzione ai cateteri, igiene delle mani, precauzioni barriera
Declino funzionale	• Modelli e pathway di trattamento • Strutturale: corridoi sgombri, orologi grandi e calendari • Approcci multidisciplinari • Mobilizzazione precoce • Partecipazione familiare • Supporto nutrizionale • Minimizzare la contenzione del paziente
Ulcere da decubito	• Ridurre/minimizzare la pressione, la frizione, l'umidità, le forze longitudinali • Mantenere una nutrizione adeguata • Cura delle ferita

DOLORE POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE GERIATRICO

Conoscerlo

Misurarlo

Trattarlo

DOLORE POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE GERIATRICO

- **Conoscerlo**
- **Misurarlo**
- **Trattarlo**

DEFINIZIONE

È un’esperienza soggettiva sensoriale ed emozionale di tipo spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno

IASP International Association for the Study of Pain

Il DOLORE: IL QUINTO PARAMETRO VITALE

Il dipartimento del Veterans Affairs (USA) ha intrapreso un'attività di formazione per medici e operatori sanitari per quanto riguarda il problema del dolore, definendolo come "QUINTO PARAMETRO VITALE"; questo parametro deve essere routinariamente valutato al pari della PA, della FC, della TC e del respiro

JAMA, 1999:281(11):978

Legge n. 38 de 15 marzo 2010
Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
Art. 7 Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della Cartella Clinica

Quando un paziente entra in contatto con un operatore sanitario è necessario che lo si interroghi circa la presenza o meno del dolore . . . se è presente un "segno " di dolore questo deve essere accuratamente registrato nella documentazione clinica e dovrebbe essere considerato al pari di un problema cardiaco acuto .. .

Journal of Gerontology 2001;56:M397-9

DEFINITO

Alla durata

Acuto : ***(< 3 mesi)***

Cronico : ***(>3mesi)***

DEFINITO

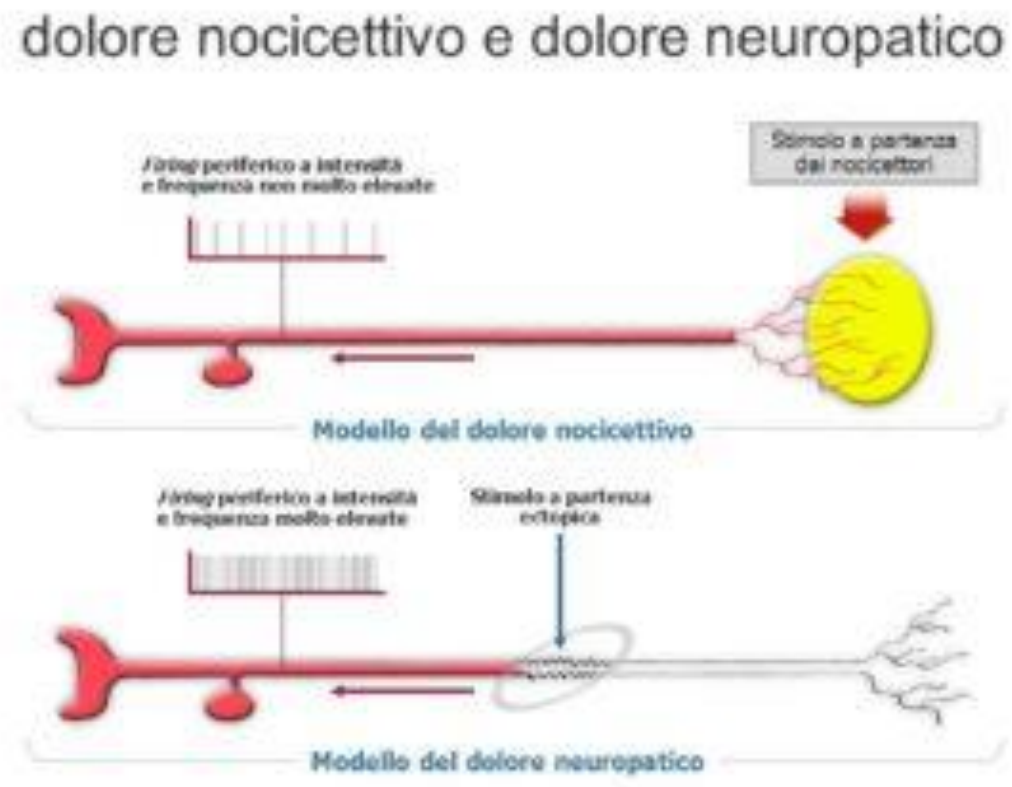
Al Meccanismo fisiopatologico

Nocicettivo

Lesioni organiche o fenomeni funzionali tali da determinare un danno tissutale (o come tale percepito) o, comunque, in grado di stimolare i recettori del dolore (NOCICETTORI)

Neuropatico

Affezioni/lesioni/compressioni di strutture nervose (radici, plessi o tronchi nervosi) o da processi somatosensitivi aberranti di varia origine.



IL DOLORE POST OPERATORIO

È caratterizzato da:

- Esordio ben definito nel tempo e prevedibile
- Diretto rapporto di casualità con l’evento chirurgico
- Intensità che si riduce nel tempo ed è correlata all’entità dell’atto chirurgico
- Durata < 3 mesi

IL DOLORE POST OPERATORIO

Ambiente

Tipo di chirurgia

Durata dell’intervento

Età

Trattamento del dolore instaurato

Fattori comportamentali
Disturbi dell’umore
Disturbi cronici del sonno
Ansia

Sesso

Fattori cognitivi
Demenza
Depressione

IL DOLORE POST OPERATORIO

È un dolore acuto, di origine prevalentemente nocicettiva

Dovrebbe essere il dolore più efficacemente trattato

EPPURE

circa il 30% dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico definisce insoddisfacente il trattamento analgesico ricevuto

IL DOLORE POST OPERATORIO

ieri per…

- Inadeguata conoscenza dei danni del d.p.o.
- Errata considerazione del d.p.o. come evento ineluttabile
- Scarsa conoscenza dei dosaggi efficaci e della durata d’azione degli analgesici
- Paura di depressione respiratoria indotta dai farmaci
- Timore di assuefazione
- Scarsa padronanza delle tecniche di soppressione del dolore

IL DOLORE POST OPERATORIO

… oggi

- Inutile
- Eticamente inaccettabile
- Dannoso

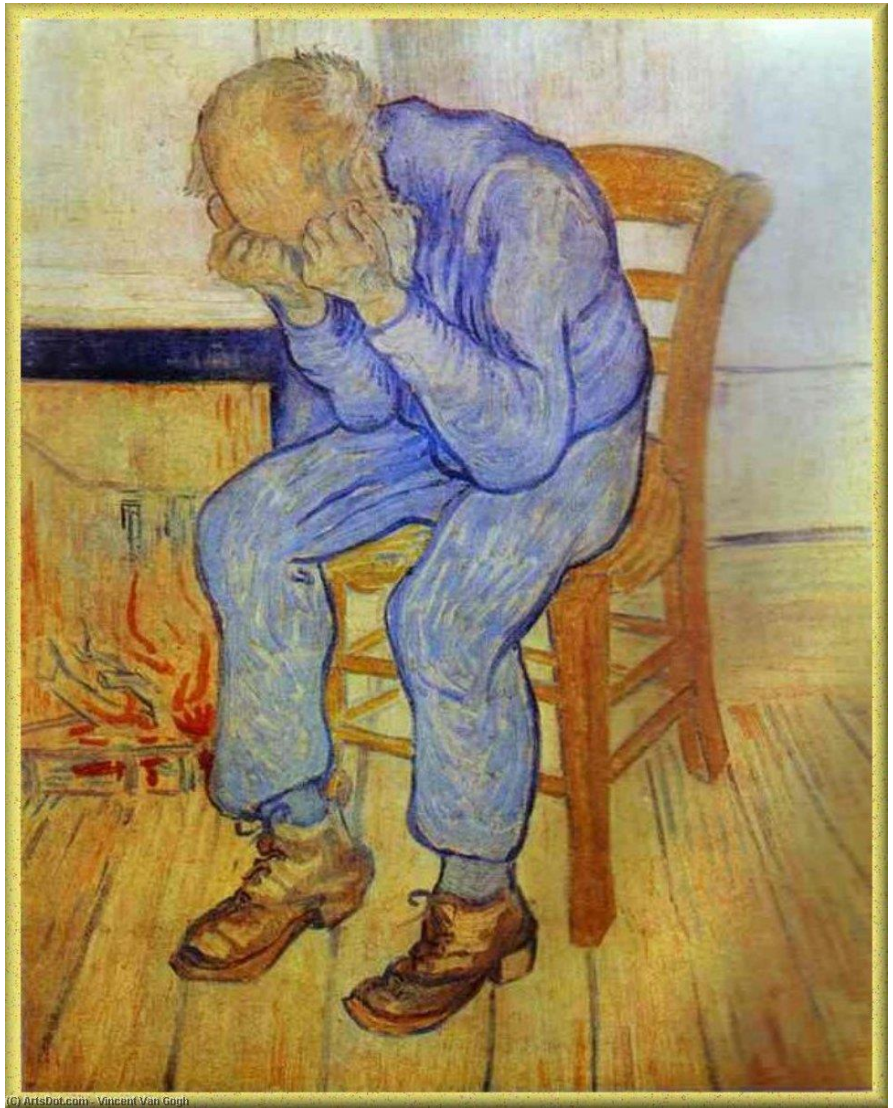
DOLORE POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE GERIATRICO

- Conoscerlo
- **Misurarlo**
- Trattarlo

IL DOLORE POST OPERATORIO

- Il controllo del dolore postoperatorio è **un indicatore sensibile di qualità** del trattamento perioperatorio

SOGLIA DEL DOLORE NELL’ANZIANO



< = >

?

MISURAZIONE DEL DOLORE NELL’ANZIANO

Misurazione del dolore difficile

Disturbi Cognitivi

Disturbi Sensoriali

MISURAZIONE DEL DOLORE NELL’ANZIANO

- Modificazioni nelle vocalizzazioni
- Modificazioni nel comportamento
    - * espressione facciale
    - * postura
    - * concentrazione
    - * andatura

MISURAZIONE DEL DOLORE NELL’ANZIANO

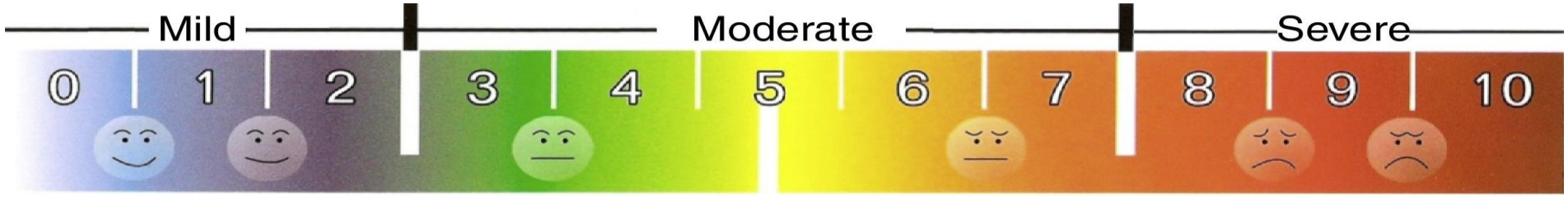
- Scala VAS (Visual Analog Scale)
- Scala numerica NRS (Numerical Rating Scale)
- Scala verbale

difficolta’ di comprensione

LA SCALA ANALOGICA VISIVA o VAS

- È lo strumento di misurazione dell'intensità del dolore più adoperato e con il miglior rapporto attendibilità/manegevolezza

- Il dolore va rilevato almeno ogni 8 ore, preferibilmente ogni 6 ore in caso di interventi con incidenza elevata di dolore moderato o intenso



Visual analog scale – VAS

la piu' comprensibile poco dettagliata

COME UTILIZZARE I VALORI DI VAS?

- **Confrontarli sempre con gli altri parametri (T°, P.A., Fc, Fr, SaO2, sedazione, blocco motorio)**

- **VAS < 3 : analgesia soddisfacente**

- **VAS 3 - 4 : monitorare attentamente il paziente (ripetere la misurazione dopo 1 ora)**

- **VAS > 4 : analgesia insoddisfacente, contattare l'anestesista per modificare il protocollo (somministrazione di dose analgesica - salvataggio, aumento della posologia, aggiunta di nuovi analgesici o adiuvanti, sostituzione di analgesici)**

MISURAZIONE DEL DOLORE NELL’ANZIANO

- PAINAD
- NOPPAIN

Pazienti non comunicanti

PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA [PAINAD]

Warden et. al 2003

- È la più utilizzata nella rilevazione del dolore nel post-operatorio nei pazienti non comunicanti.
- Rileva la presenza di dolore valutando 5 aree comportamentali ad esso collegato.
- A ciascun comportamento viene attribuito un punteggio da 0 a 2.

Indicatori	0	1	2
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso. Alternanza di apnea e polipnea
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
Espressione del volto	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca consolazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
0-1 Dolore assente	**2-4 Dolore lieve**	**5-7 Dolore moderato**	**8-10 Dolore severo**

DOLORE POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE GERIATRICO

- Conoscerlo
- Misurarlo
- **Trattarlo**

IL DOLORE POST OPERATORIO

DA RICORDARE

La frequenza di prescrizione di analgesici nel postoperatorio e’ inversamente proporzionale all’eta’

Gli anziani necessitano di dosi minori di farmaci (anche di analgesici) rispetto ai giovani per la diversa farmacocinetica e farmacodinamica

La plurimedicazione facilita le interazioni farmacologiche

IL TRATTAMENTO DEL DPO

attuato

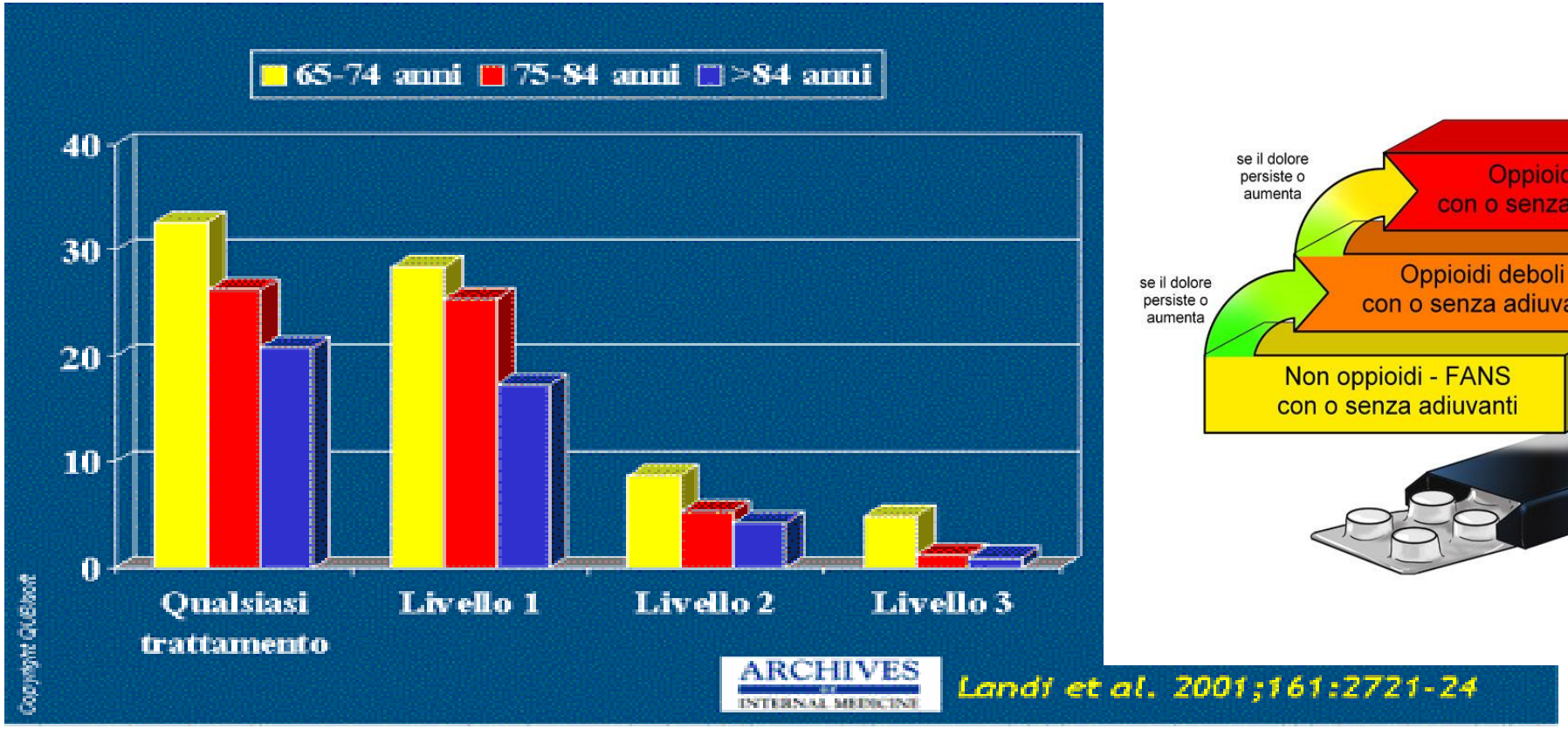
- IN TUTTI I PAZIENTI
- QUANTO PRIMA POSSIBILE
- PER UN TEMPO SUFFICIENTE (almeno 48 ore)

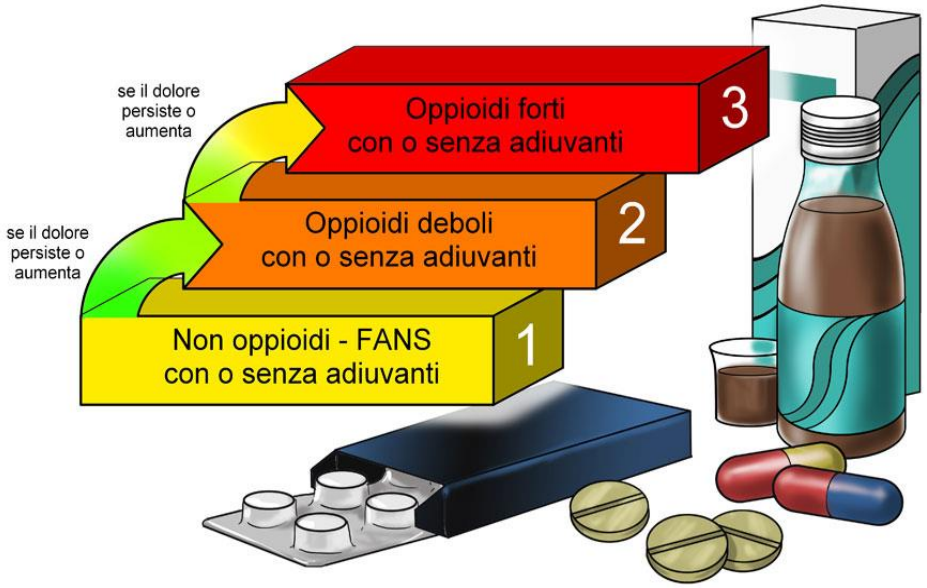
TRATTARE IL DOLORE COSTA

MA NON TRATTARLO

HA UN COSTO BEN PIU' ELEVATO

DOLORE E TRATTAMENTO





Prevalenza dei diversi tipi di trattamento del dolore in soggetti anziani

DOLORE E TRATTAMENTO

GRADINO 1: DOLORE LIEVE (VAS da 1 a 3) paracetamolo/FANS ± un adiuvante PRIMA LINEA Paracetamolo Ibuprofene Diclofenac Diclofenac naprossene SECONDA LINEA Altri FANS e COX2 inibitori • **Paracetamolo: indicato nel paziente geriatrico. Valutare epatotossicità.**	• Un paziente con dolore lieve potrebbe ricevere o un FANS o paracetamolo a dosi adeguate. La scelta si deve basare sull'analisi del rapporto rischio beneficio per ogni singolo paziente • I pazienti che utilizzano i FANS e sono ad elevato rischio di eventi avversi gastrointestinali dovrebbero ricevere un'adeguata protezione gastrointestinale

DOLORE E TRATTAMENTO

GRADINO 2: DOLORE MODERATO (VAS da 4 a 6) oppioidi per il dolore moderato ± paracetamolo/FANS ± un adiuvante PRIMA LINEA codeina + non oppioide **Tramadolo:** Particolarmente indicato nell'anziano per scarsa possibilita' di depressione respiratoria	• Se l'effetto di un oppioide per il dolore moderato alla dose ottimale non è adeguato, non si deve sostituirlo con un altro oppioide per il dolore moderato. Si deve passare al gradino 3 della scala OMS • Il tramadolo può portare a reazioni psichiatriche gravi già a dosi terapeutiche e può causare convulsioni a dosi appena superiori a quelle terapeutiche

DOLORE E TRATTAMENTO

GRADINO 3: DOLORE SEVERO (VAS da 7 a 10) Oppioidi per il dolore severo ± Paracetamolo/FANS ± un adiuvanti PRIMA LINEA Morfina + non oppioide SECONDA LINEA Fentanyl + non oppioide Altri oppioidi forti	• La morfina è il farmaco di scelta nel trattamento del dolore severo nei pazienti con cancro • La via di somministrazione orale è quella preferita e deve essere utilizzata quando possibile • Si deve prendere in considerazione un oppioide alternativo quando la possibilità di aumentare la dose per raggiungere l'analgesia è limitata dagli effetti avversi della m orfina.

Dosaggio degli Oppioidi

Range di dose correlato all' età non al peso :

fabbisogno giornaliero teorico

mg = 100 - età

Sopra i 70 anni le dosi vanno ridotte di un terzo

va ridotto in base a: <confort del paziente

- sedation score < 2

- FR > 8 atti/min

ADIUVANTI

- Benzodiazepine da evitare specie se presenti fattori predisponenti al delirium postoperatorio
- Antidepressivi Triclici

  Amitriptilina Migliorano il sonno; Possono potenziare l'analgesia; Effetti anticolinergici
- Gabaagonisti

  Gabapentin Indicato nel trattamento del dolore neuropatico. Può essere particolarmente utile nel trattamento del DPO dell'anziano. Può dare sonnolenza, astenia, vertigini
- Clonidina Ipotonia e sedazione piu' frequenti

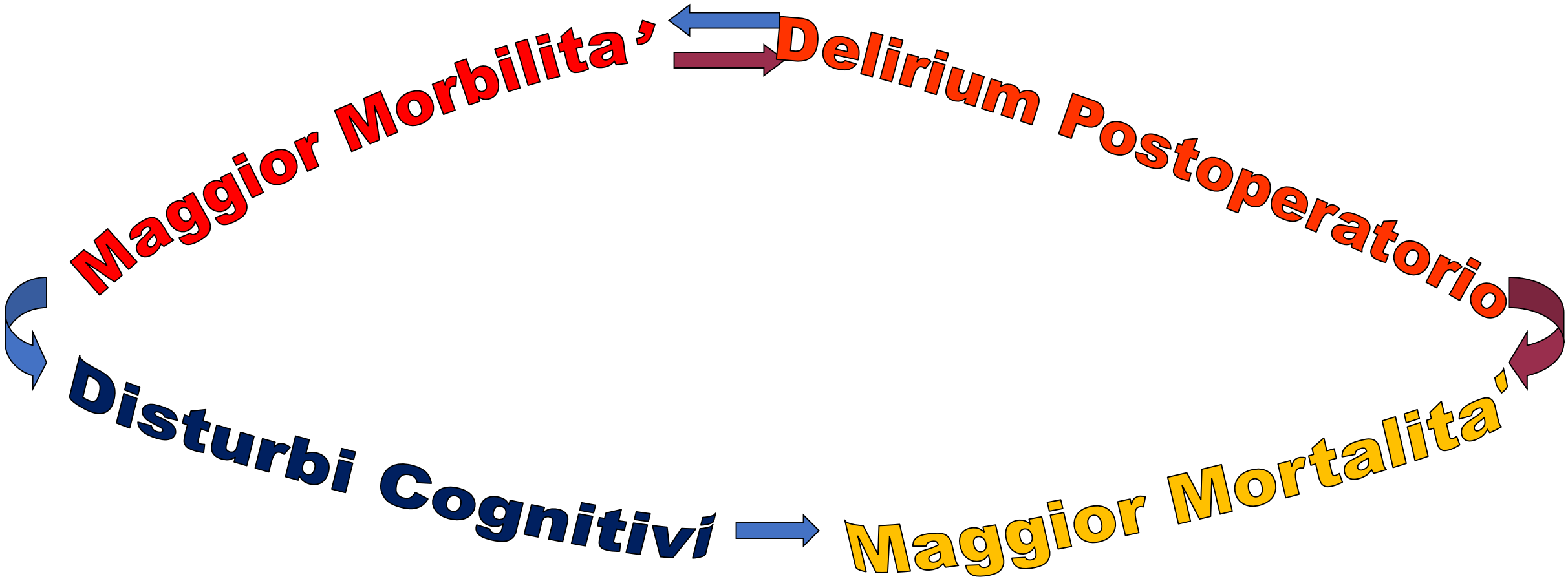
OPZIONI NON FARMACOLOGICHE

- **Fisioterapia**
  - caldo freddo
  - massaggi
  - esercizi
  - Tens
- **Psicoterapia**
  - colloquio/addestramento
  - rilassamento
  - musica
  - biofeedback

POSSIBILI CAUSE DEL SOTTOTRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO NEL PAZIENTE GERIATRICO

- Coesistenti disturbi cognitivi
- Inadeguata espressività facciale algica
- Timore degli effetti negativi o associati dei farmaci
- Difficoltà nella misurazione del dolore

CONSEGUENZE DEL DPO NON TRATTATO



CONTROLLO DEL DOLORE

VALUTARE

- **Controllo frequente, specie dopo aver instaurato trattamento antalgico**

Domande: *Qual'è il livello di dolore?*

Quanto sollievo avverte dalla dose precedente?

Si muove? Può fare respiri profondi?

Effetti collaterali o reazioni avverse?

INFORMARE

- Educare paziente e familiari su pregiudizi errati su uso oppioidi
- Incoraggiare ed istruire pazienti su uso dispositivi

OBIETTIVI

Dare sollievo al paziente

Ripristinare le funzioni

Ridurre la morbidità perioperatoria

Ridurre la durata della degenza

Ridurre i costi sanitari

Grazie