



Riduzione del dolore durante
le procedure associate alla
medicazione delle ferite
Documento di consenso



1. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Disponibile en www.ewma.org
2. Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (4A Suppl): 2-15.
3. Best practice: minimising pain at wound dressing changes. Summary of the proceedings of a meeting of key opinion leaders. Amsterdam, 23-24 September 2003.

PREFAZIONE

Questa guida è un'iniziativa educativa della World Union of Wound Healing Societies. Ha tratto ispirazione da due documenti basilari: il Documento di Posizionamento della European Wound Management Association (EWMA) su "Il dolore in sede di cambio della medicazione"¹ e un supplemento a *Ostomy Wound Management* sul "Trattamento pratico del dolore di ferite e di traumi: un approccio centrato sul paziente"². Quale iniziativa educativa internazionale, questo documento è rivolto a tutti coloro, ovunque nel mondo, che sono coinvolti nelle procedure associate alla medicazione di ferite.

I principi esposti si basano sulle relazioni presentate nei due documenti menzionati sopra e sulla opinione consensuale di un gruppo di lavoro di esperti internazionali (vedere sotto)³. Al fine di realizzare il concetto di best practice, che possa rendere il trattamento del paziente sensibilmente più efficace, i medici dovrebbero adottare tali raccomandazioni e condividerle con colleghi, pazienti e infermieri.

Professore Keith Harding

DIRETTORE:

Suzie Calne

DIRETTORE REDAZIONALE:

Kathy Day

CONSULENTE REDAZIONALE:

Ray Pediani

ASSISTENTE EDITORIALE/LAYOUT:

Kathy Day

DESIGNER:

Jane Walker

STAMPATO DA:

Viking Print Services Ltd

TRADUZIONI IN LINGUA STRANIERA:

Alden Translations (Gran Bretagna)

DIRETTORE EDITORIALE:

Jane Jones

PUBBLICATO DA:

Medical Education Partnership Ltd, 53 Hargrave Road
London N19 5SH
Tel: 00 44 (0)20 7561 5400
Fax: 00 44 (0)20 7561 5401
Email: info@mepltd.co.uk
Web: www.mepltd.co.uk

© MEP Ltd 2004

Con il supporto di una borsa di studio di **Mölnlycke Health Care**.

Le opinioni espresse in questo documento non necessariamente riflettono quelle di Mölnlycke Health Care.



GRUPPO DI LAVORO DI ESPERTI

Michelle Briggs, Università di Leeds (GB)

Frank D Ferris, San Diego Hospice & Palliative Care (US)

Chris Glynn, Ospedale Churchill, Oxford (GB)

Keith Harding, Università del Wales College of Medicine, Cardiff (GB)

Deborah Hofman, Ospedale Churchill, Oxford (GB)

Helen Hollinworth, Suffolk College, Ipswich (GB)

Diane L Krasner, Rest Haven, York (US)

Christina Lindholm, Ospedale dell'Università Karolinska, Stockholm (Svezia)

Christine Moffatt, CRICP, Università Thames Valley, London (GB)

Patricia Price, Università del Wales College of Medicine, Cardiff (GB)

Marco Romanelli, Università di Pisa (Italia)

Gary Sibbald, Università di Toronto (Canada)

Mike Stacey, Università di Western Australia (Aus)

Luc Teot, Ospedale dell'Università di Montpellier (Francia)

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES

Secretariat: MF Congrès, 8 rue Tronchet, 75008 Paris, Francia

Tel: 00 33 1 40 07 11 21

Fax: 00 33 1 40 07 10 94

Web: www.wuwhs.org

Fare riferimento al presente documento indicando: Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

PRINCIPI DI BEST PRACTICE

Il dolore non trattato influenza negativamente la guarigione delle ferite e ha un impatto negativo sulla qualità della vita. Il dolore durante procedure associate alla medicazione delle ferite può essere curato grazie ad una combinazione di accurata valutazione, scelta della medicazione idonea, attenta cura delle ferite e trattamenti individualizzati di analgesici. Per ragioni terapeutiche e umane, è fondamentale che i medici sappiano come valutare, stimare e curare il dolore.

Con una comprensione di base della fisiologia del dolore, chiunque sia coinvolto nelle procedure associate alla medicazione delle ferite comprenderà meglio il dolore che il paziente prova.

È fondamentale comprendere che il dolore causato dalle ferite è multidimensionale e che l'ambiente psicosociale del paziente influenzerà e avrà impatto sull'esperienza psicologica del dolore.



L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore definisce il dolore come "un'esperienza emotiva e sensoriale non piacevole associata a danno ai tessuti, reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno" (www.iasp-pain.org).

CAPIRE I TIPI DI DOLORE

Vi sono due tipi di dolore: dolore nocicettivo e dolore neuropatico. Il dolore nocicettivo può essere definito quale risposta fisiologica appropriata ad uno stimolo doloroso. Può essere provocato da infiammazione cronica o acuta. Il dolore nocicettivo acuto si verifica quale risultato ad un danno ai tessuti ed è generalmente limitato nel tempo. Quando le ferite si rimarginano lentamente, la risposta infiammatoria prolungata può provocare una aumentata sensibilità, sia a livello della ferita (iperalgia primaria) che in corrispondenza della cute circostante (iperalgia secondaria).

Il dolore neuropatico è stato definito quale risposta inappropriata provocata da una lesione primaria o una disfunzione del sistema nervoso. Il danno ai nervi è la causa più comune della lesione primaria che può essere provocata da trauma, infezione, disfunzione metabolica o cancro. Il dolore neuropatico è un fattore principale nello sviluppo di dolore cronico ed è spesso associato a sensazioni alterate o non piacevoli, in cui un qualsiasi stimolo sensitivo, quale ad esempio un impulso luminoso o una pressione o variazioni della temperatura può provocare un dolore intenso (allodinia). Il medico deve riconoscere che tale situazione richiede un trattamento farmacologico specifico e il ricorso al parere di uno specialista che è in grado di diagnosticare (e curare) il dolore neuropatico.



È molto probabile che i pazienti con sensibilità aumentata e che provano dolore al minimo tocco, proveranno un dolore intenso durante le procedure associate alla medicazione



APPLICAZIONI PRATICHE

Considerare dolorose tutte le ferite

Le ferite nel tempo possono diventare più dolorose

Riconoscere che la cute intorno alla ferita può diventare sensibile e dolorosa

Riconoscere che per alcuni pazienti anche il tocco più leggero o il semplice movimento dell'aria vicino alla ferita può essere intensamente doloroso

Individuare quando è opportuno ricorrere alla valutazione di uno specialista

CAUSE DI DOLORE

UTILIZZO DI UN APPROCCIO A PIÙ LIVELLI

I termini di fondo, accidentale, procedurale e operatorio possono essere utilizzati per descrivere la causa di dolore. Qualsiasi sia la causa di dolore, l'esperienza del paziente sarà influenzata dal suo ambiente psicosociale.

Dolore di fondo è il dolore che si prova a riposo, quando non vi è alcuna manipolazione della ferita. Può essere continuo (ad esempio, mal di denti) o intermittente (ad esempio, crampo o dolore notturno). Il dolore diffuso è associato alla causa della ferita, a fattori localizzati nella ferita (ad esempio, ischemia, infezione e macerazione) e ad altre patologie associate (ad esempio, neuropatia diabetica, malattia vascolare periferica, artrite reumatoide e malattie dermatologiche). Il paziente può anche provare dolore di fondo non associato alla ferita ma che può influenzare la sensazione di dolore di fondo (ad esempio herpes zoster, osteoartrite e cancro).

Dolore accidentale può verificarsi durante le attività quotidiane, ad esempio durante la mobilizzazione, quando si tossisce, oppure a seguito dello spostamento della medicazione.

Cause di dolore

delle ferite | Per una efficace valutazione e gestione del dolore è fondamentale comprendere che vi sono livelli diversi di dolore. Il dolore che deriva da un intervento chirurgico si trova al di sopra del dolore di fondo (cioè dolore a riposo) e del dolore accidentale.



Dolore procedurale deriva da una procedura di routine, di base, quale ad esempio la rimozione della medicazione, la pulizia o l'applicazione della medicazione. Per gestire il dolore possono essere necessarie sia tecniche non farmacologiche che somministrazione di analgesici.

Dolore operatorio è associato ad un qualsiasi intervento che viene normalmente eseguito da un chirurgo specialista e che richiede anestesia (locale o generale) per gestire il dolore.

Fattori psicosociali/ambientali – quali ad esempio età, sesso, livello scolastico, ambiente e precedenti esperienze di dolore possono influenzare la sensazione di dolore dei pazienti e la capacità di comunicare il proprio dolore. I medici devono notificare la sensazione di dolore e prestare attenzione alle convinzioni del paziente riguardo alla causa del dolore così come i potenziali benefici di differenti metodi di gestione del dolore.

VALUTAZIONE DEL DOLORE

UTILIZZO DI UN APPROCCIO A PIÙ LIVELLI

Data l'ampia varietà di ferite e di risposte individuali, è impossibile avere la sicurezza che tutti i pazienti non provino dolore ed è importante fissare obiettivi realistici per ogni paziente. I pazienti si aspettano di provare sensazioni fastidiose durante le procedure associate alla medicazione, lo scopo dovrebbe quindi essere quello di ridurre al minimo il dolore e il disagio. Ciò si può ottenere solo con il coinvolgimento del paziente e utilizzando un metodo di valutazione stabilito del dolore con un approccio a più livelli per valutare e, se necessario cambiare, la scelta e la durata di una qualsiasi terapia analgesica e/o intervento.

Un medico esperto dovrebbe effettuare **la valutazione iniziale**. Ciò include una accurata analisi del dolore, per ottenere un quadro completo del dolore di fondo, accidentale, procedurale e operatorio. Un diagramma con la mappa del corpo può essere utile per identificare la localizzazione/sito del dolore, in particolare se vi è più di un'area dolorosa che deve essere valutata indipendentemente. Questa valutazione fornisce una conoscenza della ferita e della sensazione di dolore del paziente, e permette di avere un approccio incentrato sul paziente.

La valutazione dovrebbe cercare anche di analizzare fattori quali sensazione, percezioni, aspettative, indici di dolore e di impatto del dolore sulla vita quotidiana/familiare. Un medico dovrà essere un buon ascoltatore e farsi un'idea completa delle convinzioni del paziente riguardo al dolore, utilizzando semplici domande come "Da dove ritiene provenga il dolore?" oppure "Cosa la aiuta a sopportare il dolore?" I medici esperti possono utilizzare mezzi avanzati quali il Sickness Impact Profile (SIP)⁴ o la Quality of Life Scale (QOLS)⁵.

La valutazione continua viene realizzata ogni volta che viene effettuata una procedura associata ad una medicazione. Si dovrebbe valutare il dolore di fondo a livello della ferita e del tessuto circostante, oltre ad un qualsiasi dolore locale che può essersi sviluppato, e la sua intensità dovrebbe essere quantificata **prima** della procedura associata alla medicazione. L'intensità del dolore dovrebbe essere quantificata anche **durante** e **dopo** l'intervento, in maniera appropriata. Tali indicazioni, inserite nella cartella del paziente, dovrebbero permettere una successiva valutazione in merito ad un aumento o ad una diminuzione del dolore nel tempo. Possono essere documentati anche eventi associati ad un aumento o ad una riduzione del dolore.

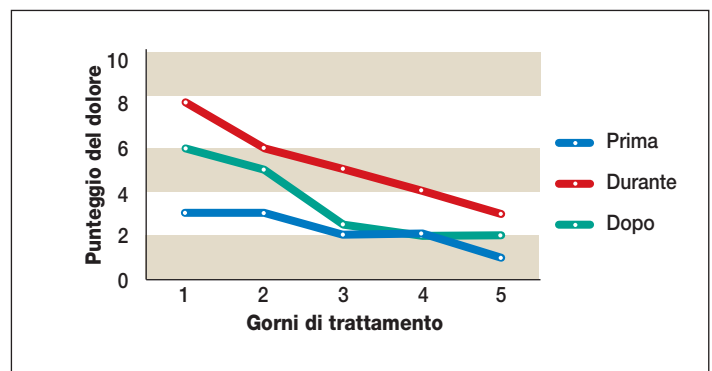


Garantire che ogni valutazione del dolore sia individualizzata, rilevante e non diventi un ulteriore fattore di stress

Si dovrebbe effettuare **una valutazione di controllo** da parte di un medico esperto come parte del controllo globale e una continua valutazione per definire le strategie di cura e i progressi. Si dovrebbero individuare e segnalare i fattori che provocano dolore e i fattori che riducono il dolore. Dettagli come la valutazione del grado di dolore possono essere rappresentati graficamente, permettendo di individuare le tendenze nel tempo e di valutare le modifiche da attuare come ad esempio la pratica di analgesia preventiva. Un controllo dei grafici può aiutare a rilevare anche relazioni non note, quali ad esempio differenti livelli di dolore dopo trattamento effettuato da diversi infermieri.

Il punteggio del dolore può aiutare ad evidenziare tendenze

In questo grafico ipotetico, i punteggi di dolore sono registrati prima, durante e dopo una procedura associata alla medicazione. Il dolore è chiaramente ad un livello più alto durante la procedura e una combinazione di appropriata medicazione, pause e cambiamenti di tecnica nonché di scelta della medicazione determinano una diminuzione della severità. Questo ha anche un impatto sulla sensazione di dolore associata alla procedura.



STRATEGIE DI VALUTAZIONE

IL DOLORE E' QUELLO CHE IL PAZIENTE RIPORTA DI AVERE, MA A VOLTE IL PAZIENTE NON NE PARLA

La valutazione dovrebbe coinvolgere il paziente. In particolari circostanze, come nel caso di bambini piccoli che non parlano, persone anziane timide o con problemi cognitivi, sono necessarie una grande pazienza e comprensione. In queste situazioni, si devono effettuare più passaggi per avere una valutazione completa di ciò che è necessario per gestire il dolore. Può essere difficile distinguere il vero dolore da una generalizzata sensazione di ansia, agitazione, scontentezza o stress, ma un approccio gentile può essere molto efficace per alleviare questo tipo di sofferenza.

Età, cultura e differenze di interpretazione del dolore o delle parole utilizzate per descriverlo possono rendere difficile la comprensione dei pazienti, soprattutto se il dolore riportato risulta sproporzionato rispetto agli stimoli percepiti. Tuttavia, si dovrebbe credere alle sensazioni del paziente rispettandole.

Valutazione del tipo di dolore attraverso le domande

I medici dovrebbero iniziare con l'ascoltare il paziente e le sue risposte (vedere pagina 10). Per la valutazione del dolore può essere fondamentale chiedere al paziente cosa prova, sia in senso generale che in relazione particolarmente al dolore di fondo, accidentale e procedurale. I medici dovrebbero porre domande per raccogliere informazioni su ciò che provoca dolore o su a che cosa assomiglia il dolore, e ascoltando e osservando il comportamento del paziente, poiché alcuni di essi potrebbero modificare le risposte, per non sembrare pazienti difficili o in difficoltà.

Altri indicatori

Le procedure associate alla medicazione di una ferita forniscono un'opportunità per osservare i fattori che determinano il dolore, come presenza di infiammazione e infezione, che possono portare ad una guarigione difficoltosa, deterioramento della ferita, eritema, purulenza, temperatura elevata, edema e odore. Inoltre, si possono ottenere utili informazioni sulla condizione della cute circostante e se vi è evidenza di aderenza della medicazione (troppo asciutta) o eccessivo essudato (troppo umida), necrosi o macerazione.

MISURAZIONE DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE

I principi alla base della valutazione del dolore dovrebbero essere gli stessi per tutti i tipi di ferite: lo scopo è quello di ridurre il dolore e creare le condizioni ottimali per la guarigione delle ferite. La valutazione del dolore è un'indicazione importante per la gestione dello stesso: se il dolore peggiora, può indicare problemi di rimarginazione, quali infezione o utilizzo di un trattamento non appropriato, come la scelta di una medicazione non corretta.

I medici non dovrebbero semplicemente chiedere "Sente dolore, sì o no?", ma "Come definisce il suo dolore?". A parte i valori estremi, il valore assoluto nella scala del dolore è meno importante della tendenza della percezione del dolore. Se il trattamento del dolore è corretto allora la tendenza dovrebbe essere verso una riduzione della percezione del dolore (uno spostamento degli indici verso il basso).

Un livello inaccettabile di dolore di fondo o di dolore non controllato durante o dopo i cambi di medicazione può richiedere modifiche nella gestione della ferita. Anche se per ogni paziente possono essere fissati obiettivi individuali, tuttavia come linea guida generale si può definire che un dolore valutato come "moderato" o punteggi sopra 4 (in una scala da 1 a 10) o sopra il 40% di un qualsiasi altro intervallo di valutazione suggerisce la necessità di momenti di pausa durante la procedura e di un trattamento analgesico di sostegno e/o di mantenimento nonché un controllo delle tecniche procedurali e di medicazione utilizzate. I punteggi superiori a 4 possono essere indicativi di un dolore non controllato⁶. I punteggi sotto il 4 (o sotto il 40%) possono indicare un livello di disagio che è accettabile, senza dolore persistente che è tuttavia fondamentale mantenere sotto controllo.

6. Raising the Standard: A compendium of audit recipes. Royal College of Anaesthetists, 2000. Available from www.rcoa.ac.uk

QUALE SCALA DEL DOLORE ADOTTARE?

L'utilizzo sistematico di una scala di valutazione del dolore è un metodo di misurazione dell'efficacia dell'analgescico e delle scelte di cura adottate. Non vi è un unico sistema adatto per tutti i pazienti ed è importante che medico e paziente comprendano il sistema di valutazione da utilizzare e sappiano come interpretarlo. La scelta della scala dipenderà dalle necessità del singolo paziente e/o dalle circostanze, ma una volta scelta, si dovrebbe utilizzare sempre la stessa scala per assicurare coerenza nella documentazione (vedere pagina 10).

- **Scale visive** come la scala con 'Facce', che utilizza vari disegni di facce che vanno da una faccia che sorride che indica "nessun dolore" ad una faccia affranta che indica "dolore insopportabile". La scala visiva analogica (VAS) viene comunemente disegnata come una linea di 10cm che indica una continuazione tra i due estremi, ad esempio tra "nessun dolore" e "dolore insopportabile". Ai pazienti viene chiesto di indicare una posizione sulla linea che rappresenta al meglio il loro livello di dolore. Questo punteggio viene misurato e registrato.
- **Scale numeriche e verbali:** la scala di valutazione numerica (NRS) presenta al paziente un intervallo di numeri (ad esempio 0-10) per indicare l'intervallo da nessun dolore al peggiore dolore possibile. Viene chiesto al paziente di scegliere un numero sulla scala che individua al meglio il suo reale dolore su tale scala. La scala di valutazione verbale (VRS) è una delle scale più semplici da utilizzare ed è costituita essenzialmente da non più di quattro o cinque parole (ad esempio "nessuno", "leggero", "moderato", "grave").

Diari del dolore – valutazione continua del dolore

Tali mezzi forniscono una descrizione dettagliata e personale dell'esperienza del dolore non solamente durante le procedure associate alla medicazione, ma anche durante le attività quotidiane che il paziente svolge. Un diario del dolore può associare una breve descrizione ad un mezzo di autovalutazione che permette ai pazienti di valutare il proprio dolore in momenti specifici del giorno. Ciò può fornire una immagine dei problemi legati al dolore di fondo e fornire un aiuto per stimare il dolore durante procedure associate alla medicazione.



Presumere che tutti i pazienti possono utilizzare una scala di valutazione finché non viene provato diversamente. La valutazione di routine del dolore durante le procedure associate alla medicazione può influenzare significativamente la gestione

PROBLEMI LEGATI ALLA PROFESSIONALITÀ

Un elemento importante per divulgare la 'best practice' è il concetto di responsabilità professionale. Il paziente ha diritto ad uno livello standard di professionalità da parte di medici ed infermieri e l'ordine dei medici deve controllare il loro operato. Ciò significa anche che i medici sono responsabili della qualità delle cure erogate da chi lavora sotto la loro supervisione. Non è una scusa il fatto che si ignorino le moderne tecniche e le nuove conoscenze nel settore.

Se un paziente prova un dolore acuto durante una procedura associata alla medicazione, è indice di negligenza ripetere la procedura senza un trattamento adeguato dal dolore. Le valutazioni sistematiche e documentate per ogni paziente, che possono dar luogo a cambiamenti nella pratica o, se necessario il ricorso ad un esperto, sono indice di un approccio attento.



Una precedente esperienza negativa di dolore da parte dei pazienti può fare sì che questi si aspettino di provare un maggiore dolore

GESTIONE DEL DOLORE

Si dovrebbe definire un piano di trattamento specifico per ogni persona ed ogni ferita: il dolore non controllato dovrebbe portare ad una immediata rrevisione del piano. La differente eziologia delle ferite e le differenti velocità di guarigione possono potenzialmente avere implicazioni anche sulla probabilità di provare dolore e sull'intensità dello stesso, e dovrebbero pertanto guidare la scelta delle opzioni e delle strategie di trattamento utilizzato alla medicazione. Lo scopo è quello di trattare tutte le cause di dolore e prima di un qualsiasi intervento clinico, il medico dovrà considerare il livello di dolore di fondo o accidentale del paziente.

DOLORE DI FONDO E ACCIDENTALE

Trattare le cause sottostanti

Il fattore più importante nella riduzione del dolore di fondo si basa sul trattamento, quando possibile, della eziologia di base della ferita o delle patologie associate. L'eliminazione della causa alla base della ferita promuove verosimilmente la guarigione e può coincidere con una riduzione del dolore di fondo.

Indirizzare l'attenzione a fattori locali che provocano dolore

I medici dovrebbero considerare il modo migliore per trattare e gestire i fattori che possono modificare l'intensità o il carattere del dolore legato ad una ferita. Gli approcci disponibili per curare fattori locali legati alla ferita possono essere molti e differenti. I medici devono seguire protocolli di gestione della ferita a livello locale e valutare quali opzioni di trattamento sono idonee, disponibili, realizzabili e pratiche all'interno delle loro particolari strutture sanitarie.



FATTORI LOCALI LEGATI ALLA FERITA

Essi includono: ischemia, infezione, eccessiva secchezza o eccessivo essudato, edema, problemi dermatologici e macerazione della cute circostante.

QUALE ANALGESICO PER SCALA DEL DOLORE

FASE 1: Non-oppioidi ± adiuvante

FASE 2: Oppioidi per dolore da leggero a moderato (± non-oppioidi/adiuvante)

FASE 3: Oppioidi per dolore da moderato ad acuto (± non-oppioidi/adiuvante)

NOTA: In base alla valutazione del dolore, può essere appropriato iniziare da un passaggio superiore

Considerare l'utilizzo di analgesici

I medici dovrebbero agire velocemente in modo da controllare il dolore di fondo e accidentale, utilizzando una combinazione di farmaci analgesici di diverse classi, a seconda dei casi. L'Organizzazione Mondiale della Salute ha sviluppato una scala a tre fasi per gestire il dolore derivato da cancro (www.who.int/cancer/palliative/painladder/en). Questa è idonea anche per gestire il dolore di fondo, in quanto la prima fase prevede normali analgesici (ad esempio non-oppioidi per uso orale). Successivamente, se il dolore diventa non controllato si dovrebbero aggiungere, o utilizzare da soli, oppioidi blandi quali codeina o tramadolo. Una terza fase, basata su una completa valutazione delle strategie precedentemente utilizzate, prevede l'aggiunta di un oppioidi più potente (ad esempio morfina).

Medicazioni analgesiche di supporto

Alcune classi di farmaci non analgesici, quali ad esempio antidepressivi triciclici e anticonvulsivanti possono essere somministrati come terapia di supporto poiché potenziano il trattamento del dolore neuropatico. Tali farmaci dovrebbero essere prescritti solo dopo una completa valutazione e tenendo in considerazione interazioni e co-morbidità.



APPLICAZIONE ALLA PRATICA

Il dolore di fondo e accidentale devono essere controllati accuratamente per minimizzare in maniera efficace l'intensità del dolore durante le procedure associate alla medicazione delle ferite

Il medico deve agire precocemente per dare sollievo dal dolore ed evitare di provocare dolore

Se un qualsiasi intervento, come la rimozione della medicazione o la pulizia della ferita, provoca un aumento del dolore, tale da richiedere la somministrazione di analgesici più potenti, il medico deve riconsiderare le scelte di trattamento

Minimizzare il rischio di reazioni avverse

Le classi principali di analgesici comuni sono indicate sia per i bambini che per gli anziani, ma a volte è necessario regolarne dosaggio e durata.

Poiché tutti gli analgesici hanno effetti collaterali, è importante prevedere in anticipo potenziatigli eventuali problemi ed evitare gli analgesici ad alto rischio. Si deve essere cauti in particolare con le persone anziane, che potrebbero stare assumendo altri farmaci, come anticoagulanti, che potrebbero dare interazioni. La funzione renale ed epatica danneggiata può ritardare il metabolismo degli analgesici e si deve considerare il trattamento degli effetti collaterali degli oppioidi, che possono provocare costipazione più grave, in persone anziane, e aumento di nausea nei giovani.

DOLORE PROCEDURALE

La maggior parte degli analgesici può essere somministrata prima di un evento doloroso (a scopo preventivo), tuttavia i medici dovrebbero prevedere la possibilità di avere a disposizione altre scelte di farmaci per contrastare dolore non controllabile ("fire-extinguishers"). Se sono stati somministrati analgesici, si dovrebbe pianificare meglio il successivo intervento di cura. La somministrazione di analgesici può essere continuata dopo la procedura, tuttavia se il dolore a livello della ferita persiste ed è poco controllabile, si dovrebbe rivalutare la medicazione di base.



Si dovrebbero sviluppare linee guida e protocolli locali per assicurare un efficace e sicuro livello di prescrizione. Essi dovrebbero essere continuamente controllati e migliorati



CLASSI DI ANALGESICI

Oppioidi

Gli oppioidi da deboli a forti sono efficaci per il dolore rispettivamente da moderato a grave. Sono disponibili formulazioni ad azione prolungata e a lento rilascio per dolore di fondo, ma oppioidi per via orale, buccale o sublinguale sono utilizzati anche come analgesici ad azione rapida di supporto per la gestione del dolore in procedure più invasive o sensibili. Si deve considerare l'utilizzo appropriato di oppioidi forti quando è difficile controllare il dolore e questo interferisce sul completamento delle procedure o sulla tolleranza delle stesse da parte del paziente.

FANS

I farmaci antinfiammatori non steroidei abbassano la sensibilità periferica e sono particolarmente utili nel controllare il dolore lancinante o pungente, che si prova dopo il completamento di una procedura. Se non sussistono controindicazioni, tali farmaci dovrebbero essere somministrati 1-2 ore prima della procedura in modo che raggiungano l'effetto massimo quando necessario. Tuttavia, si deve essere cauti con pazienti sopra i 65 anni e con note controindicazioni (ad esempio storia di ulcera duodenale, coagulazione o problemi renali).

Paracetamolo (acetaminofene)

Il paracetamolo (acetaminofene) può essere somministrato da solo o in associazione con altri analgesici (ad esempio codeina o morfina) 1-2 ore prima della procedura associata alla medicazione.

Anestetici topici locali

In piccole dosi, anestetici topici locali (ad esempio lidocaina) possono fornire un grado di insensibilità per un breve periodo. Questo può essere utile durante una procedura specifica o un'operazione, ma non dovrebbero essere utilizzati come unico metodo di sollievo dal dolore.

50% di ossido nitroso e 50% di ossigeno gassoso

Questa miscela di gas può essere utilizzata in associazione ad altre tecniche per alleviare il dolore, tuttavia il suo uso regolare può portare a depressione del midollo osseo.

NOTA: Per dosaggi di gestione del dolore generale vedere www.epeconline.net/EPEC/Media/ph/module4.pdf

Predisporre l'ambiente: Preparare, Pianificare, Prevenire

Allo scopo di **prevenire** il dolore, la **preparazione** e la **pianificazione** sono fondamentali per un efficace controllo:

- Scegliere un ambiente appropriato, non stressante – finestre chiuse, cellulari spenti, ecc
- Spiegare al paziente in parole semplici cosa verrà fatto e quale metodo verrà utilizzato
- Valutare la necessità di assistenza di personale qualificato o meno, che può essere d'aiuto semplicemente tenendo la mano del paziente
- Essere attenti nel posizionare il paziente in modo da minimizzare il disagio ed evitare contatto o esposizione non necessari
- Evitare l'esposizione prolungata della ferita, ad esempio mentre si è in attesa del parere di uno specialista
- Evitare qualsiasi stimolo non necessario alla ferita – trattare le ferite delicatamente, tenendo presente che un qualsiasi leggero tocco può provocare dolore
- Coinvolgere sempre il paziente – continui controlli verbali e utilizzo di mezzi per valutare il dolore sono utili feedback nel tempo
- Prendere in considerazione la somministrazione di analgesici a scopo preventivo.

In alcuni casi, le procedure associate alla medicazione possono diventare più dolorose nel tempo e deve essere effettuata una nuova valutazione del dolore ogni volta che si procede a una nuova medicazione.

Si suggerisce semplicemente di ascoltare e coinvolgere il paziente interrompendo la procedura e permettendo al paziente di recuperare i livelli di comfort. A questo punto, può essere fornito un analgesico e il medico, che deve comprendere ciò che il paziente riconosce come fattore scatenante e cosa invece porta sollievo, può valutare quale sia il miglior modo di procedere. Si consiglia di far respirare lentamente e ritmicamente il paziente in modo che si distraiga e diventi meno ansioso.



INTERVENTI PROCEDURALI

Vi è un'ampia gamma di procedure associate alla medicazione. Interventi specifici richiederanno una specifica gestione, tuttavia si dovrebbero considerare i seguenti principi generali:

- Essere consapevole dell'attuale stato di dolore
- Riconoscere ed evitare, se possibile, fattori scatenanti
- Riconoscere ed utilizzare, se possibile, agenti che riducono il dolore
- Evitare manipolazioni non necessarie della ferita
- Ricorrere a semplici tecniche eseguite dal paziente, quali ad esempio contare, focalizzarsi sulla respirazione o ascoltare della musica
- Riconsiderare le scelte della gestione del dolore se questo diventa insopportabile e annotare un evento negativo
- Osservare la ferita e la cute circostante per evidenziare infezioni, necrosi, macerazione, ecc
- Controllare la temperatura del prodotto o della soluzione prima di applicarla alla ferita
- Evitare pressione eccessiva della medicazione, del bendaggio o del cerotto
- Se si utilizza una medicazione o una tecnologia particolare seguire le istruzioni del produttore
- Valutare il comfort dell'intervento e/o della medicazione/bendaggio applicati dopo la procedura
- La valutazione costante e la modifica del piano di trattamento e di intervento sono essenziali poiché la ferita si modifica nel tempo
- Possono essere prese in considerazione tecniche non farmacologiche avanzate che richiedono training specialistico o personale qualificato, come ad esempio l'utilizzo di ipnosi o palpazione terapeutica

Rimozione della medicazione

È importante che il medico comprenda che potenzialmente può provocare dolore durante la rimozione della medicazione. Conversando con il paziente è possibile individuare la tecnica di rimozione più appropriata – il paziente può ad esempio voler togliere la medicazione da solo. Si potrebbe proporre un punteggio dell'intensità del dolore per valutarne la praticità. La rimozione della medicazione può potenzialmente provocare danni, in particolare al delicato tessuto di granulazione della ferita e della cute circostante. È perciò importante considerare l'utilizzo di medicazioni che favoriscono la guarigione in ambiente umido (ad esempio idrogel, idrofibre) e che sia noto essere atraumatiche⁷ alla rimozione (cioè, siliconi morbidi).



Se si rende necessario bagnare la medicazione per rimuoverla o se la rimozione provoca anguinamento/trauma in corrispondenza della ferita o del tessuto circostante, bisogna rivedere la scelta della medicazione

Scelta della medicazione

La combinazione corretta delle caratteristiche di una medicazione con lo stato della ferita e dei tessuti circostanti aiuta la gestione del dolore. I fattori che influenzano la scelta della medicazione devono considerare se essa è appropriata per il tipo e la condizione della ferita. Si dovrebbero considerare le seguenti caratteristiche della medicazione:

- Mantenimento del giusto grado di umidità sulla ferita
- Atraumaticità per la ferita e la cute perilesionale
- Capacità di assorbimento (capacità di trattamento/ritenzione di fluidi)
- Potenziale allergia.

Quando appropriato, i medici dovrebbero selezionare le medicazioni che rimangono *in situ* per un periodo più lungo, per evitare la frequente rimozione. Inoltre, vi è la necessità di rivalutare la medicazione utilizzata quando le condizioni della ferita cambiano, poiché parte del dolore che il paziente prova può essere dovuto alla scelta della medicazione: ciò che può essere una buona scelta il primo giorno, diventa insufficiente il quinto giorno, poiché le condizioni sono cambiate.



MITI DA SFATARE

I medici devono riconsiderare le affermazioni che stanno alla base delle loro idee e opinioni, poiché vi sono idee sbagliate comuni riguardo alla riduzione di trauma e dolore. Tra questi:

- Mito 1** “Le medicazioni tradizionali sono ancora il metodo migliore per curare le ferite”
La garza aderente può danneggiare il delicato tessuto di granulazione e provocare dolore intenso
- Mito 2** “I film trasparenti sono le medicazioni migliori per trattare le ferite e ridurre il dolore di lacerazioni o altre piccole ferite da trauma”
L'utilizzo sbagliato di film trasparenti è una tipica causa di lacerazione della cute
- Mito 3** “L'utilizzo di cerotto in carta è il metodo più doloroso per fissare una medicazione”
La sensibilità nervosa aumentata, in un'ampia area attorno alla ferita, rende dolorosa la rimozione di qualsiasi tipo di adesivo
- Mito 4** “Togliere una medicazione in modo rapido piuttosto che lentamente riduce il dolore durante i cambi di medicazione”
Questo metodo può provocare danni ai tessuti e dolore traumatico
- Mito 5** “L'utilizzo di una crema a barriera per la cute nella zona che circonda la ferita riduce il rischio di dolore e trauma”
Le creme a barriera creano solamente un strato localizzato sottile e non proteggono gli strati sottostanti del derma
- Mito 6** “Persone con lesioni ai piedi provocate da diabete non provano dolore”
Vi può essere perdita della sensibilità nervosa periferica oppure un aumento della sensibilità
- Mito 7** “Il dolore deriva dalla ferita. I nervi nel tessuto circostante hanno un ruolo secondario”
Le risposte del sistema nervoso a segnali di dolore possono originare una sensibilità spropositata nell'area che circonda la ferita (allodinia)
- Mito 8** “L'unico modo di trattare il dolore è mediante somministrazione orale di un analgesico 30-60 minuti prima del cambio della medicazione”
Gli analgesici orali possono fornire parziale sollievo ma non dovrebbero essere utilizzati come unico mezzo. Si deve utilizzare una valutazione completa del dolore per valutare e regolare una qualsiasi terapia prescritta

DOMANDE PER VALUTARE IL CARATTERE DEL DOLORE

Il paziente prova dolore di fondo e/o accidentale?

Qualità:

Descriva il dolore o irritazione in corrispondenza delle ferite a riposo. Il dolore è intenso o lancinante (probabile dolore nocicettivo) o acuto, bruciante o pizzicante (probabile dolore neuropatico)?

Localizzazione:

In che punto è localizzato il dolore? È limitato all'area nelle immediate vicinanze della ferita o sente dolore nell'area circostante? Esaminare utilizzando un diagramma con la mappa del corpo

Fattori scatenanti:

Che cosa peggiora il dolore? Palpazione, pressione, spostamento, posizione, movimenti provocano dolore? Cambia durante il giorno rispetto alla notte?

Fattori di riduzione:

Che cosa allevia il dolore? Analgesici, bagno, il sollevare le gambe, ecc. aiutano ad ottenere sollievo dal dolore?

Il paziente prova dolore durante o dopo le procedure associate alla medicazione?

Qualità:

Descriva il dolore provato durante l'ultima rimozione della medicazione

Localizzazione:

Dove provava dolore? Era limitato all'area nelle immediate vicinanze della ferita o sentiva dolore nell'area circostante?

Fattori scatenanti:

Quale parte della procedura è stata più dolorosa, ad esempio la rimozione della medicazione, la pulizia, l'applicazione della medicazione, l'esposizione della ferita?

Fattori di riduzione:

Che cosa ha aiutato a ridurre il dolore, ad esempio l'interruzione della procedura, la lenta rimozione della medicazione, la rimozione personale della medicazione?

Durata:

Quanto tempo è stato necessario affinché il dolore sparisse dopo la procedura?

MISURA DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE

Le scale di valutazione del dolore possono registrare tendenze dell'intensità del dolore prima, durante e dopo una procedura e quando utilizzate assieme ad appropriate strategie di valutazione, forniscono una completa comprensione del dolore che il paziente prova.



La valutazione costante del dolore durante le procedure associate alla medicazione è una semplice procedura che può influire significativamente sul trattamento del dolore



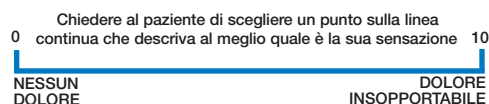
SCALE DEL DOLORE

Chiedere al paziente di scegliere una faccia che descriva al meglio quale è la sua sensazione



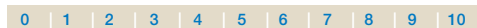
Scala con FACCE di Wong-Baker

Da Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winklestein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (ed 6), St Louis 2001, p 1301. Copyrighted da Mosby Inc. Ristampa con autorizzazione.



Scala di valutazione visiva

Chiedere al paziente su una scala da 0 a 10, in cui 0 indica nessun dolore e 10 indica dolore insopportabile, di scegliere un numero che individui al meglio il suo attuale livello di dolore



Scala di valutazione

Chiedere al paziente quale aggettivo descrive al meglio il suo attuale livello di dolore



Scala di valutazione verbale