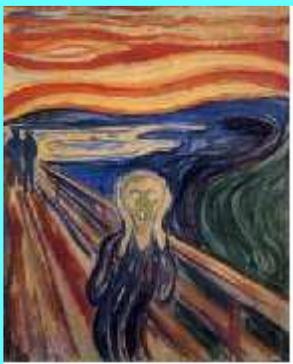


DIGNITÀ DELLA PERSONA

***evitare il dolore inutile nelle
strutture socio-sanitarie accreditate
per anziani e disabili***



**secondo incontro formativo
team interni
seconda parte**

Ferrara 5-10/12/2013

Dr. C. Filipponi Dr. EA Treggiari

in sinergia con il Comitato Regionale per la Lotta al dolore

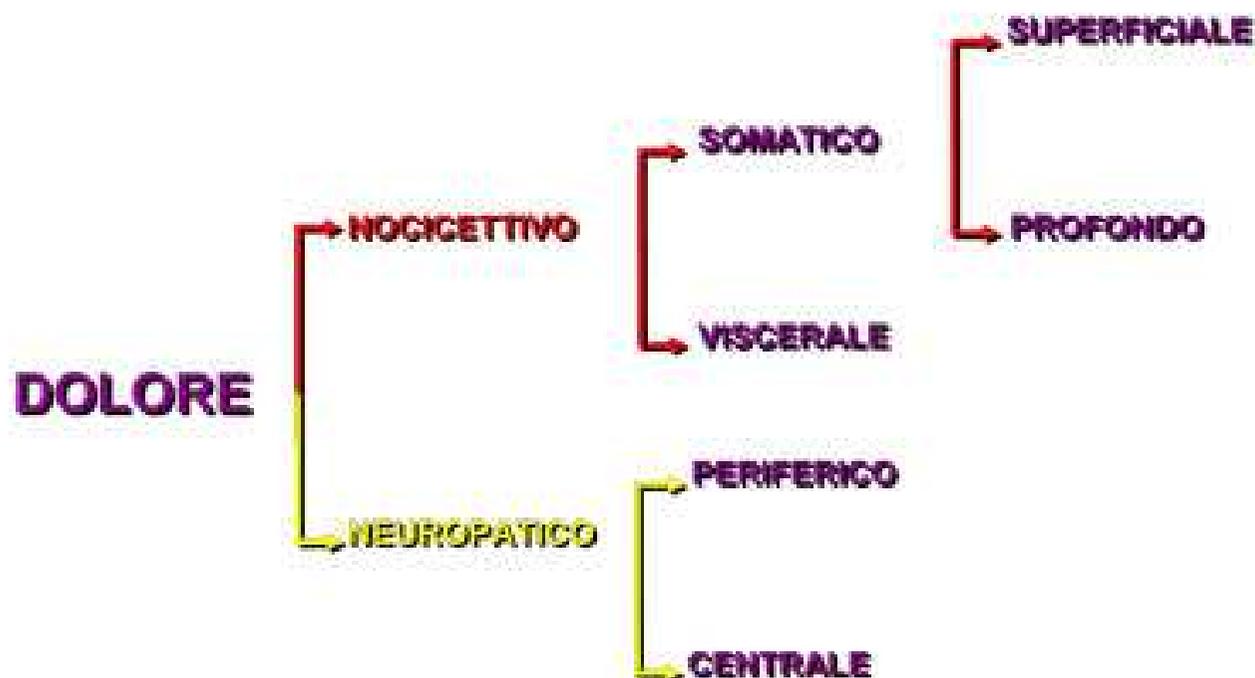
**Servizio per l'integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la
non autosufficienza**

DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

Gli indirizzi per il trattamento farmacologico del dolore nella persona anziana e disabile

DOLORE NOCICETTIVO E DOLORE NEUROPATICO

TIPOLOGIA DEL DOLORE

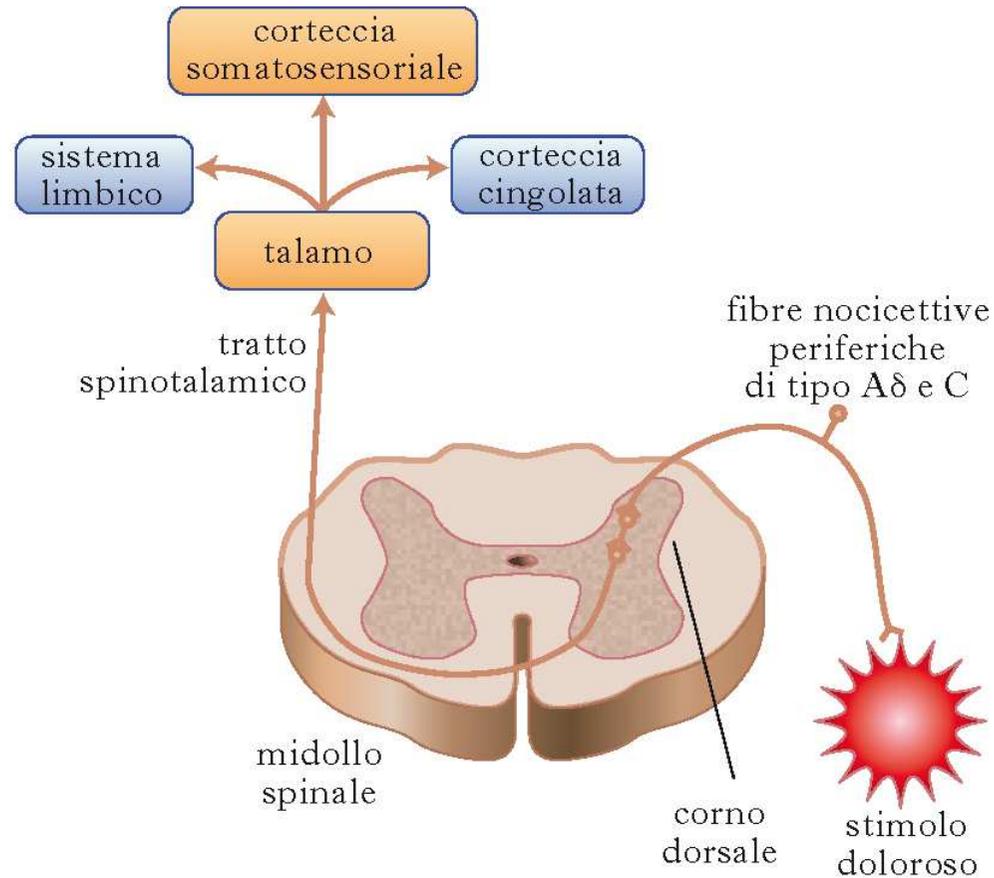


DOLORE NOCICETTIVO E DOLORE NEUROPATICO

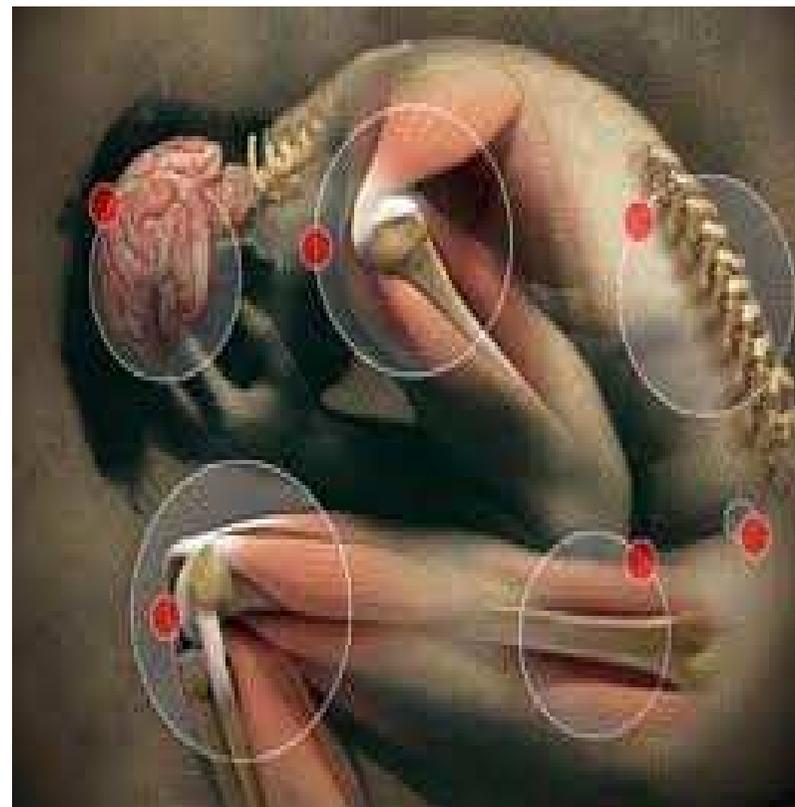
il **dolore nocicettivo** include condizioni come l'osteoartrite o il dolore infiammatorio e serve, più in generale, come sistema di *avvertimento* nei confronti di stimoli irritativi o dannosi.

Dolore localizzato continuo o subcontinuo (viscerale, somatico, cutaneo, neurogenico)

DOLORE NOCICETTIVO



DOLORE NOCICETTIVO



DOLORE NOCICETTIVO E DOLORE NEUROPATICO

il **dolore neuropatico** è espressione di sindromi che coinvolgono primariamente il **nervo**, piuttosto che il segnale biologico trasmesso dal nervo a seguito dell'attivazione di nocicettori periferici.

Disestesie, bruciore, scossa elettrica, formicolio.

DOLORE NEUROPATICO



DOLORE MISTO

il **dolore misto**: presenta caratteristiche sia nocicettive che neuropatiche: neoplasie, algodistrofie, neuropatie post-chirurgiche, neuropatie da intrappolamento, radicolopatie, patologie ischemiche.

DOLORE MISTO



DOLORE CRONICO

il **dolore cronico** è quello che persiste oltre il “normale” lasso di tempo dopo un trauma o una malattia, quello correlato a una sindrome degenerativa o a una condizione neoplastica, e, ancora, quello che insorge senza una causa identificabile.

DECLARATION OF MONTREAL

2010

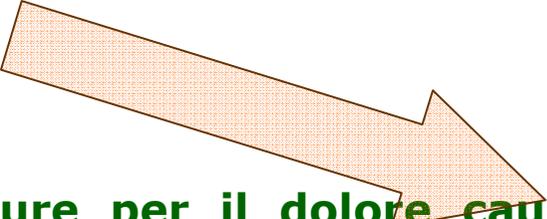
International Pain Summit (IPS) of the International Association for the Study of Pain (IASP). *Declaration of Montreal*. Seattle: IASP; 2010. Available from: <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationofMontreal.pdf>. Accessed: September 17, 2012.

**“l’accesso alla terapia del dolore è
un diritto fondamentale”**

DECLARATION OF MONTREAL 2010

International Pain Summit (IPS) of the International Association for the Study of Pain (IASP). *Declaration of Montreal*. Seattle: IASP; 2010.
Available from: <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationofMontreal.pdf>. Accessed: September 17, 2012.

**GLI ESPERTI PRESENTI AL SUMMIT SONO CONCORDI
NEL DICHIARARE CHE LA GESTIONE DEL DOLORE È
INADEGUATA NELLA MAGGIOR PARTE DEL MONDO**



L'accesso alle cure per il dolore causato da traumi, malattie o da malattie terminali spesso non è garantito

Si assiste ad una diffusa incapacità di riconoscere il dolore cronico che deve essere inteso come un grave problema di salute al pari di altre patologie, come ad esempio il diabete o le patologie cardiovascolari

Spesso gli operatori sanitari non possiedono un'adeguata formazione relativa alla fisiopatologia del dolore ed alle modalità di corretta cura

Si assiste spesso al fenomeno della stigmatizzazione del dolore cronico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che 5 miliardi di persone vivono in paesi con basso o nessun accesso alla terapia farmacologica contro il dolore e non hanno o insufficiente accesso alle cure per dolore da moderato a grave.

DECLARATION OF MONTREAL 2010

“Riconoscere la dignità della persona significa riconoscere il diritto al trattamento del dolore”

Viene dichiarato quindi che i seguenti diritti umani devono essere riconosciuti in tutto il mondo

- **Articolo 1.** Il diritto di tutte le persone di accedere alla terapia del dolore, senza discriminazione alcuna.
- **Articolo 2.** Il diritto di tutte le persone con dolore al riconoscimento del loro dolore e all' adeguata informazione relativa al modo in cui può essere affrontato e trattato.
- **Articolo 3 .** Il diritto di tutte le persone con dolore di avere accesso a una valutazione appropriata e a un trattamento corretto da parte di operatori adeguatamente formati .

Al fine di garantire questi diritti , sono riconosciuti i seguenti obblighi :

- 1 . ***L'obbligo da parte dei governi e delle istituzioni sanitarie, nell'ambito delle loro competenze e delle risorse disponibili, di definire leggi e sistemi organizzativi in grado di promuovere, e certamente non inibire, l'accesso delle persone con dolore ai servizi deputati alla suo trattamento. La mancata costituzione di leggi o sistemi relativi alla tematica dolore costituisce una violazione dei diritti umani***
- 2 . L'obbligo da parte di tutti i professionisti, all'interno dei limiti legali della loro pratica professionale, e alla luce delle risorse disponibili, di offrire a un paziente con dolore il miglior trattamento possibile in accordo ai criteri di pratica clinica adottati da professionisti “ competenti e dedicati”. ***La mancata tutela della persona con dolore costituisce una violazione dei diritti umani***

INQUADRAMENTO

Nell'anziano
l'inquadramento del
dolore è la chiave per il
controllo ottimale del
dolore e l'identificazione
dei suoi meccanismi

• Anamnesi dettagliata, valutazione attenta del tipo, sede, durata, irradiazione del dolore, comorbidità, terapia assunta.

• **Esame fisico accurato con particolare attenzione al dolore e alle comorbidità**

DIAGNOSI

Gli individui che non sono in grado di comunicare il loro dolore sono a maggior rischio per un mancato riconoscimento e per un trattamento inadeguato del dolore

[Pain Manag Nurs.](#) 2011;12:230-50

Come unanimemente raccomandato da numerosi documenti di consenso e Linee Guida un trattamento ottimale del dolore prevede la ***misurazione*** del dolore con ***scale validate***.

Tale misurazione deve comprendere sia il **dolore cronico** sia il **Dolore Episodico Intenso (DEI) o Breakthrough Pain**.

Scale validate:

- Unidimensionali
- Multidimensionali
- Per pazienti con deterioramento cognitivo:

PAINAD ABBEY

Il dolore può essere quantificato mediante scale classificate in:

- 1. unidimensionali:** che misurano esclusivamente l'intensità del dolore; tra queste vengono inoltre identificate specifiche scale da utilizzare in ambiente internistico per i pazienti con difficoltà di comunicazione;
 - 2. multidimensionali:** valutano anche altre dimensioni (sensoriale-discriminativa, motivazionale-affettiva, cognitivo-valutativa).
- Nell'ambito dell'applicazione delle linee guida del progetto ospedale senza dolore, da anni si è diffuso l'utilizzo di scale unidimensionali validate:
 - scala numerica, **NRS** (Numerical Rating Scale);
 - scala analogica visiva, (**V**isual **A**nalogic **S**cale);
 - scale quantitative verbali, **VRS** (Verbal Rating Scale).

TRATTAMENTO

La scarsità di studi scientifici relativi al riconoscimento e al trattamento del dolore nella popolazione anziana fa sì che spesso si faccia riferimento agli studi effettuati sulla popolazione adulta ma non anziana. Si assiste quindi ad un aumento del rischio legato alle associazioni di principi attivi con conseguente insorgenza di eventi avversi da politerapia. Si sottolinea inoltre che, l'invecchiamento è un processo molto individualizzato, dove i cambiamenti legati all'età sono diversi da individuo a individuo.

TRATTAMENTO

Relazione chiara , efficace e frequente tra gli operatori, la persona assistita e i suoi familiari

Elaborazione di piani assistenziali che facciano riferimento a tutte le dimensioni della persona: psicologica, sociale e spirituale, oltre alla dimensione fisica, i piani assistenziali devono prevedere, come azioni finalizzate alla riduzione del dolore, oltre alla terapia farmacologica l'approccio non farmacologico e strumentale



SCALA ANALGESICA OMS A TRE GRADINI

SCALA ANALGESICA OMS A TRE GRADINI		3° Oppioidi Maggiori +/- Paracetamolo o FANS +/- Adjuvanti	Dolore Forte VAS 7-10
	2° Oppioidi Minori +/- Paracetamolo o FANS +/- Adjuvanti	Dolore Moderato VAS 5-6	
1° Non oppioidi (Paracetamolo o FANS) +/- Adjuvanti	Dolore lieve VAS 1-4		

FARMACI ADIUVANTI

CORTICOSTEROIDI	Hanno effetti positivi sull'appetito, l'umore la cachessia. Sono efficaci nella compressione di nervi e nella distensione di visceri (4-8 mg di desametasone, 16-32 dimetilprednisolone, 20-40 di prednisone per 3/die) e nell'ipertensione endocranica (10-20 mg di desametasone; 40-80 mg di metilprednisolone iv ogni 6 ore per i primi giorni)
ANTIDEPRESSIVI	Sono utili nel dolore neuropatico. Gli SSRI e i NRI (paroxetina, citalopram, duloxetina, venlafaxina, ecc.) hanno minori effetti collaterali rispetto ai triciclici (amitriptilina, ecc.), che restano comunque molto efficaci
ANTICONVULSIVANTI	Sono efficaci nel dolore neuropatico (per esempio gabapentin e pregabalin), anche in associazione con antidepressivi, soprattutto se il dolore è lancinante tipo scarica elettrica
NEUROLETTICI	Hanno effetto ansiolitico e, a basso dosaggio, controllano efficacemente nausea e vomito da oppioidi in sinergia con altri antiemetici (per esempio aloperidolo)
BIFOSFONATI	Sono utili, nella formulazione iniettabile, nel dolore da metastasi ossee (per esempio acido zolendronico e pamidronico)
ORMONI	Il medrossiprogesterone migliora l'appetito, la forza e la performance. Utile nella cachessia neoplastica

ANALGESICI NON OPIOIDI

PARACETAMOLO

Paracetamolo è un analgesico centrale, collocato insieme ai FANS e ai farmaci adiuvanti al 1° primo gradino della scala analgesica OMS e in associazione agli oppioidi nei gradini successivi.

Ha attività analgesica e antipiretica ed è privo di attività antinfiammatoria. Diversamente dai FANS, non inibisce la sintesi periferica delle prostaglandine e la sua tollerabilità risulta preferibile a questi ultimi. La dose consigliata è 0,5-1 g ogni 4-6 ore, con una dose max di 4 g al giorno (attenzione va posta al rischio di **epatotossicità da sovradosaggio**).

FANS

elevato rischio di effetti
tossici gastrointestinali e
concomitanti alterazioni
cardiache e renali.

L'uso suggerito è quello a breve
termine. È suggerito l'uso
concomitante di un
gastroprotettore (ad esempio
inibitore della pompa protonica)

Analgesici di I Livello - FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI

Principio attivo Dosaggio	Emivita	somministrazione
Acido Acetil-salicilico 10-15 mg/kg ogni 6-8 ore	3-12 h	Os, rettale Salicil. Lisina: os/i.m./e.v./rettale
Ibuprofene* 2,5-10 mg/kg (Ad 150-600 mg) ogni 6-8 ore	3-4 h	Os/rettale
Flurbiprofene* 1 mg/kg ogni 6 ore	6 h	Os/rettale
Ketoprofene* 1-2 mg/kg (Ad 50-100) mg ogni 6-12 ore	8 h	Os/rettale/i.m/e.v.
Naproxene* 5-10 mg/kg (Ad 250-500 mg) ogni 8-12 ore	12 h	Os/rettale/i.m.
Ketorolac trometamina* OS 0,2 mg/kg (max 10 mg) ogni 4-6 h e.v. i.m. 0.5 mg/kg prima dose poi 0.2-0.3 mg/kg ogni 4-6 h	4-6 h picco: os 3° h; e.v.; i.m. 1°h	Os/i.m/e.v.

Analgesici di 2° livello: OPPIOIDI DEBOLI

Farmaco	Dosaggio	Emivita	Somministrazione	Commenti
CODEINA	0.5-1 mg ogni 4 ore	2.5-3 ore	Orale (solitamente Paracetamolo rapporto 1:100)	Più tossica ad alte dosi, compresa nausea, vomito e stipsi
BUPRENORFINA	0.2-0.4 mg ogni 4 ore	4 ore durata analgesica 6-10 ore	Sublinguale (non orale perché inattivato dall'acidità gastrica)	Stabilità di legame 30 volte più potente della morfina. Potente effetto disforico. NO:insufficienza epatica.
TRAMADOLO	1-2 mg/kg per 4 dosi al giorno	0.6 ore	Orale, e.v., s.c., perdurale, rettale	Nausea e vomito frequenti.



Analgesici di 3 livello – OPPIOIDI MAGGIORI

Farmaco	Inizio azione	Durata media azione	Commenti
Morfina	15-60 min	4 ore	Effetti depressori sul respiro e rischio di stati convulsivi nei bambini
Metadone	via os	emivita 15-20 ore	Utilizzato nei bambini non in grado di utilizzare la morfina
Fentanyl	12-24 ore	72 ore	Formulazione transdermica non adatta in caso di dolore acuto e non adeguatamente controllato

ATTENZIONE

Effetti collaterali da oppioidi di comune riscontro

- Stipsi
- Nausea
- Sedazione
- Turbe della coscienza
- Disfunzione endocrina

ATTENZIONE

***Effetti collaterali* : LA STIPSI È IL PIÙ
COMUNE**

- richiede una corretta profilassi mediante l'uso di lassativi.
- se presente, deve essere trattata aggressivamente dopo aver escluso una occlusione intestinale.
- se refrattaria deve essere trattata con antagonisti degli oppioidi, methylnaltrexone.

ATTENZIONE

***Effetti collaterali* : NAUSEA**

per lo più viene controllata con il trattamento della stipsi

gli altri targets degli antiemetici

- blocco zona trigger dei chemorecettori, con l'uso di droperidolo, proclorperazina, e ondansetrone
- miglioramento della motilità gastrica con l'uso di procinetici, come metoproclamide
- riduzione nella sensibilità vestibolare con l'uso di antistaminici e anticolinergici

ATTENZIONE

Effetti collaterali : SEDAZIONE E
ALTERAZIONE DELLA COSCIENZA

di norma rispondono a una riduzione del dosaggio

Occasionalmente devono essere trattate con stimolanti come il metilfenidato per contrastare l'effetto depressivo sul sistema nervoso centrale

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

- **evitare l'uso di sostanze inappropriate o ad alto rischio è una strategia importante semplice ed efficace per ridurre gli effetti iatrogeni**

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

TRE CATEGORIE

- **farmaci e classi di farmaci potenzialmente inappropriati da evitare negli anziani**
- **farmaci e classi di farmaci potenzialmente inappropriati da evitare negli anziani con certe malattie e sindromi che tali sostanze possono esacerbare**
- **farmaci e classi di farmaci da usare con cautela**

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

BENZODIAZEPINE

- Gli adulti anziani presentano una aumentata sensibilità alle benzodiazepine e un ridotto metabolismo di quelle a lunga durata d'azione.
- In generale, tutte aumentano il rischio di deterioramento cognitivo, delirium, fratture da caduta e incidenti stradali

AVOID

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

BENZODIAZEPINE

- Gli adulti anziani presentano una aumentata sensibilità alle benzodiazepine e un ridotto metabolismo di quelle a lunga durata d'azione.
- In generale, tutte aumentano il rischio di deterioramento cognitivo, delirium, fratture da caduta e incidenti stradali

AVOID

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

nonCOXselectiveNSAIDS

- Aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale
- Aumentato rischio di danno renale

AVOID CHRONIC USE

CRITERI DI BEERS PER L'USO DI MEDICAZIONI POTENZIALMENTE INAPPROPRIATE NEGLI ANZIANI

OPIOID ANALGESICS

Evitare gli oppioidi analgesici che causano effetti collaterali sul SNC, che includono confusione e allucinazione

MODALITÀ NON FARMACOLOGICHE

- Includono terapia fisica e terapia psico-comportamentale, non escludendo approcci sociali e spirituali
- Nell'anziano fragile, è sempre più importante migliorare la funzione, elemento fondamentale sia per la prevenzione sia per la terapia
- L'analgesia se adeguata permette al paziente di partecipare a un programma personalizzato possibilmente sotto il controllo di un fisioterapista



TERAPIA FISICA E OCCUPAZIONALE

- **migliora l'efficacia del trattamento del dolore negli anziani**

[J Geriatr Phys Ther.](#) 2013

Presupposto per il raggiungimento di questi obiettivi è un cambiamento culturale che mette al centro la persona coinvolgendola attivamente nel percorso di cura.

