



Gruppo di Ricerca Geriatrica

Brescia, 9 febbraio 2007

Il dolore in RSA

Diego GHIANDA

Caso clinico

Pz XY, di anni 68, residente in struttura dal 20/10/05, proveniente da altra istituzione.

- ***Insufficienza renale preterminale; nefrolitiasi bilaterale***
- ***Anemia secondaria***
- ***Insufficienza respiratoria (12/05) secondaria a edema polmonare acuto***
- ***Ipertensione arteriosa sistemica (grado 3 a rischio aggiuntivo molto elevato);***
- ***Diabete Mellito tipo 2 in terapia insulinica***
- ***Dislipidemia II A***
- ***Recente (09/'05) delirium ipercinetico ed allettamento prolungato secondari a disidratazione ed infezione delle vie urinarie***
- ***Demenza di Alzheimer (CDR 3), associata a disturbi del comportamento (depressione, affaccendamento, disinibizione) attualmente in buon compenso***
- ***Lussazione congenita anca destra***
- ***Meningite infantile***
- ***Colecistectomia per litiasi ('78)***
- ***Osteosintesi con chiodo per frattura omero da caduta accidentale ('03)***
- ***Ipertiroidismo anamnestic***

Caso clinico

- Mensilmente esegue follow-up presso U.O. di Nefrologia.
- Ultimo follow-up nel mese di gennaio.
- Nel corso della degenza modifica il dosaggio del diuretico con dosaggi di 50 mg ogni 3 giorni e attuando dieta ipoproteica ; iposodica per il riscontro di elevati valori pressori (PA 190/90 mmHg).
- Peggioramento progressivo della funzionalità renale con valori di creatinina pari a 7.65 mg/dl e di azotemia di 257 mg/dl.
- Performance cognitive e disturbi comportamentali in buon compenso, non assume neurolettici, assume SSRI.
- “ TRATTAMENTO DIALITICO”.

Caso clinico

Febbraio

- A) 1° giorno: febbricola alle ore 9.00; E.O Polmonare negativo; per quanto possibile valutare non segni di infezione urinaria; non addominoalgie, non eritemi, non ...

- B) Comparsa di tosse scarsamente produttiva alle ore 16.00 dello stesso giorno associata a crepitii bibasilarri > dx; inizia trattamento antibiotico con chinolonico (250 mg x 2).

- C) 2°giorno: persiste febbricola inizia cefalosporina i.m. (1g/die)

- D) 3° giorno: h 20.30 improvvisa comparsa di agitazione (la pz “salta” sul letto); desaturazione periferica (SpO2 85%), elevati valori pressori (PA 220/10 mmHg) e di frequenza cardiaca (FC 125 bpm); ipertachipnea (FR approssimativa 35-40 atti/min). Non cianosi periferica, non marezzature AAll.

Caso clinico

Posta diagnosi di edema polmonare acuto restano aperte le cause in considerazione dell'elevato grado di comorbidità.

Vengono somministrati:

- n° 5 FL di furosemide 20 mg/2 ml
- 1 FL aloperidolo ev in 2 tempi a distanza di circa 15 min.
- Aerosol con steroide (dopo 30 min)

Per un istante la pz si porta la mano alla spalla sx e riferisce di sentirsi *“scoppiare il cuore”*.

Stabilizzata clinicamente, ridotta la sintomatologia clinica e l'agitazione si posiziona CV.

Per il persistente riscontro di elevati valori pressori e nel sospetto di IMA si posizionano n° 2 cerotti di nitrato transdermico da 10 mg.

Caso clinico

Richiesti esami ematochimici urgenti per il giorno seguente con Troponina I.

Es. Ematochimici:

- Troponina I: **0.33** (<0.10 mg/dl)
- Azotemia: 239 (21-43 mg/dl)
- Creatinina 8.55 (0.5-1.10 mg/dl)
- Funzionalità epatica ed elettroliti nella norma.

OD) *IMA; recidiva di edema polmonare acuto*

Al 3° giorno dall'evento acuto effettua ECG che conferma IMA.

Ripete dopo 4 giorni gli esami ematici:

- Troponina I: **0.11** (<0.10 mg/dl)
- Azotemia: 231 (21-43 mg/dl)
- Creatinina 8.34 (0.5-1.10 mg/dl)
- Funzionalità epatica ed elettroliti nella norma

Caso clinico: commento

- A) Non è stato possibile somministrare nitrato ev in quanto non a disposizione della struttura.**
- B) Il ricovero ospedaliero non rientrava nelle priorità.**
- C) Nessun segno prodromico di evento acuto.**
- D) Solo per breve tempo la pz (con demenza) ha segnalato la possibile localizzazione del disturbo e la “caratteristica”.**
- E) Il personale operante non aveva notato segni sfavorevoli che preannunciassero tale evento (“tipico dell’IMA”?).**
- F) Aloperidolo-demenza-IMA?**

- G) Il Futuro: un’altra tipologia di dolore**

Sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un potenziale danno tissutale, o comunque definita come tale... **Il dolore** è sempre un'esperienza soggettiva. Sicuramente si accompagna ad una componente somatica, ma ha anche carattere spiacevole, e perciò, ad una **carica emozionale**.

International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Pain 1979; 6: 249–52.

La sofferenza esiste, non perché se ne possiede il concetto, ma perché talvolta ne sperimentiamo la condizione. Una volta vissuta, la sofferenza non può essere **dimenticata**, perché la nostra coscienza conserva anche quel che trapassa, e il tempo non ha la forza di abolire l'esperienza. Chi sta bene non si interroga mai sulle ragioni del proprio benessere, a differenza di chi soffre che è sempre alla ricerca delle ragioni del proprio soffrire.

Salvatore Natoli

L'esperienza del dolore, Feltrinelli, 2002

Dove «eravamo» arrivati?

Clinica del dolore nell'anziano demente.

Luca Rozzini

Gardone Riviera
Venerdì 23 aprile '04

La clinica del dolore nell'anziano

Luca Rozzini

Clinica Neurologica Università degli Studi di Brescia

Gruppo di Ricerca Geriatrica

Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drug use via Epidemiology.

J Am Geriatr Soc. 1999 Aug;47(8):936-42.

Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA

Even when pain was recognized, men, racial minorities, and **cognitively impaired residents were at increased risk for undertreatment.**

Alcuni interrogativi

Lo stesso stimolo doloroso provoca dolore “diverso” nei dementi?

Vi sono alterazioni biologiche dei centri del dolore nella demenza?

La perdita della memoria influisce nell'interpretazione del dolore?

Come si misura il dolore nel demente?

Il caregiver è in grado di comprendere il dolore del paziente demente e se sì, quale dolore, quello somatico o quello definito come discomfort psicologico?

Alcuni interrogativi

Lo stesso stimolo doloroso provoca dolore “diverso” nei dementi?

Vi sono alterazioni biologiche dei centri del dolore nella demenza?

La perdita della memoria influisce nell'interpretazione del dolore?

Come si misura il dolore nel demente?

Il caregiver è in grado di comprendere il dolore del paziente demente e se sì, quale dolore, quello somatico o quello definito come discomfort psicologico?



Low frequency of postlumbar puncture headache in demented patients.

Blennow K, Wallin A, Hager O.

Acta Neurol Scand 1993; 88: 221–3.

Alcuni interrogativi

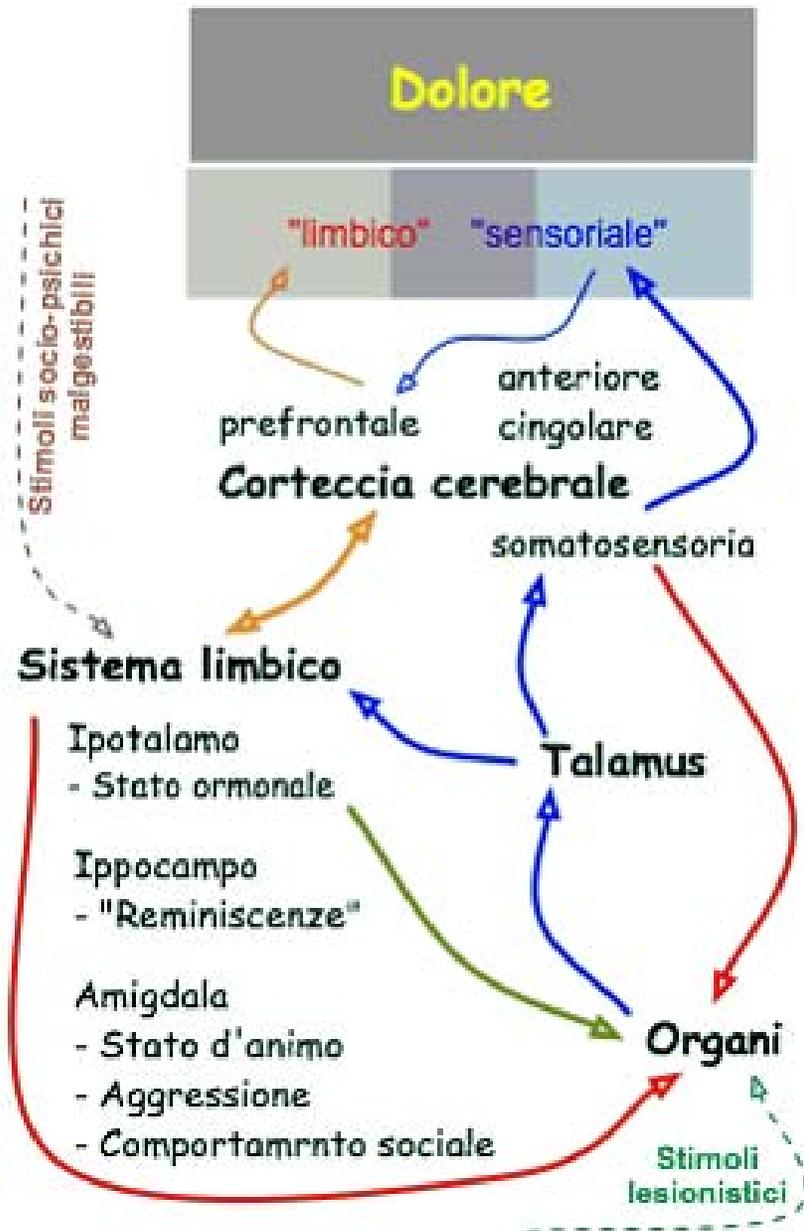
Lo stesso stimolo doloroso provoca dolore “diverso” nei dementi?

Vi sono alterazioni biologiche dei centri del dolore nella demenza?

La perdita della memoria influisce nell'interpretazione del dolore?

Come si misura il dolore nel demente?

Il caregiver è in grado di comprendere il dolore del paziente demente e se sì, quale dolore, quello somatico o quello definito come discomfort psicologico?



Gli stimoli algogeni (dolorifici, nocicettivi) sono percepiti come tali a livello della corteccia cerebrale, dopo essere stati elaborati. Come tutti gli stimoli, anche quelli "dolorifici" passano prima il midollo spinale o l'equivalente nucleo discendente del V paio di nervi cranici per il capo, quindi il talamo, dove vengono integrati e smistati.

- Una parte, la principale, giunge alla corteccia somatoestesica primaria e crea la base della sensazione.

- Un'altra parte si porta nel sistema limbico, dove la sensazione, confrontata con i ricordi (inconsci), influisce sul comportamento e sull'umore.

- Infine questa via si interfaccia con la corteccia prefrontale, e la sensazione dolore assume sfumature comportamentali legate alla personalità.

- In un approccio generale a questo contesto si possono riconoscere nel cervello due strutture fondamentali, entrambe coinvolte nella sensazione del dolore.

- La corteccia cerebrale: neocortex

- Il sistema limbico

- La corteccia cerebrale gestisce gli eventi coscienti e cioè:

- i processi cognitivi

- le attività pianificate

- i movimenti intenzionali

- I segnali algogeni (come tutti i segnali sensoriali) raggiungono la corteccia tramite il talamo. Dai nuclei Vento Postero Laterali talamici le informazioni vanno alla corteccia somestesica primaria (area presilviana), dove seguono le integrazioni della sensibilità generale. La percezione cosciente del dolore ha luogo quindi unicamente nella corteccia cerebrale: al 'dolore puro' della corteccia somestetica primaria vengono aggiunte le sfumature emotive da parte della corteccia cerebrale prefrontale.

Le aree somatico sensitive corticali sono preservate nella Malattia di Alzheimer e questo spiega la capacità di percepire gli stimoli acuti dolorosi.

Nella Malattia di Alzheimer, il coinvolgimento dell'amigdala, dei nuclei intralaminare dell'ippocampo e delle regioni setto-ippocampali potrebbe essere un meccanismo che sta alla base dell'incapacità di integrare il dolore nell'esperienza soggettiva.

Alzheimer patients report less pain intensity and pain effect than non-demented elderly. Scherder B, Bouma A, Borkent M et al. Psychiatry 1999; 62: 265-72.

Acute vs Chronic Pain

- Identifiable source
 - Symptoms of disease
 - More predictable, protective function
 - Usually self limited with finite recovery period
 - Changes in BP, HR, personality, more visible (IE, autonomic);
- A disease process
 - Symptom is the disease
 - >3 months associated a biological, psychological an social consequences;
 - Mood changes
 - Source not obvious, diabetic neuropathy, fibromyalgia etc

Assessment del dolore:

- Verbal Rating Scale (VRS)
- Visual Analogue Scale (VAS)
- Brief Pain Inventory
- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)
- ABBEY scale

L' esperienza dolorosa comprende:

- La presa d'atto dell'arrivo dell'input nocicettivo dalla periferia ("sensazione", percezione cognitiva o dolore propriamente detto).
- Una componente affettivo/motivazionale (**la sofferenza**), correlata alla personalità ed allo stato psicologico dell'individuo. Per questo la percezione del dolore è così variabile.

RSA - Rapporto standardizzato: è possibile?

- *Paralisi sopranucleare progressiva (dal '99) di grado avanzato*
- *Sindrome da allettamento (C.V. a dimora, lesione da decubito II grado in regione sacrale)*
- *Malnutrizione calorico-proteica (PEG dal 10.03.06)*
- *Polmonite recidivante (marzo, maggio, settembre, dicembre '06) complicata da insufficienza respiratoria*
- *Urosepsi recidivante (aprile; giugno; ottobre 2006)*
- *Pregresso intervento di protesi anca sinistra ('04) e reintervento di rimozione protesi per malfunzionamento ('05)*

Come possibile standardizzare e valutare in questo caso?

Semeiotica di base

BMJ

Recent developments in pain in dementia

Erik Scherder, Joukje Oosterman, Dick Swaab, Keela Herr, Marcel Ooms, Miel Ribbe, Joseph Sergeant, Gisele Pickering and Fabrizio Benedetti

BMJ 2005;330:461-464
doi:10.1136/bmj.330.7489.461

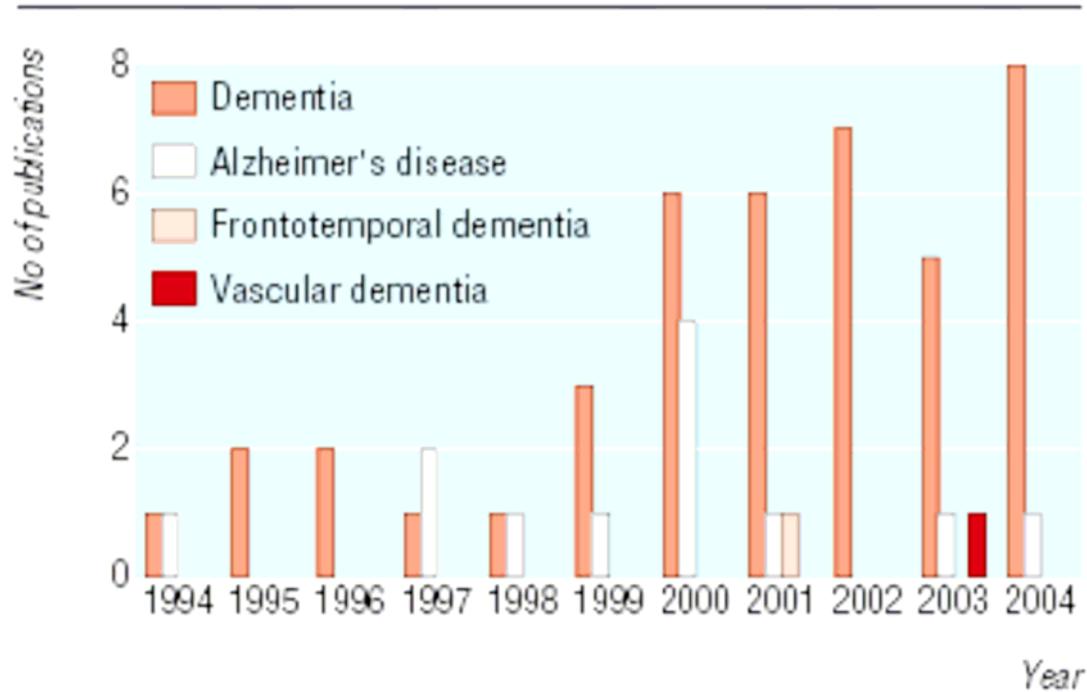
Clinical review

L'invecchiamento è associato ad una alta percentuale di sviluppo di condizioni morbose e quindi dolorose.

Il numero di pazienti con demenza che sperimenterà condizioni dolorose è perciò destinato ad aumentare.

Una domanda chiave: come e se i pazienti con demenza percepiscono il dolore?

Pazienti con demenza possono esprimere il loro dolore in modi che sono piuttosto diversi da quelli di persone anziane senza demenza, in particolare nelle fasi più avanzate della malattia. Perciò la complessità e l'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione del dolore porta inevitabilmente all'undertreatment del dolore stesso.



Number of clinical and experimental publications on pain in dementia, Alzheimer's disease, frontotemporal dementia, and vascular dementia between 1994 and 2004. Note that most of the papers do not distinguish the subtype of dementia

Gli strumenti comunemente usati per la valutazione del dolore sembrano essere selezionati primariamente secondo la capacità comunicativa del paziente (scale **autoriferite** per pz comunicativi e scale **osservazionali** per pz non comunicativi) anzichè secondo due aspetti principali di dolore: **sensoriale-discriminativo** e **motivazionale-affettivo**.

Le distinzioni tra gli aspetti sensoriali-discriminativi e motivazionali-affettivi del dolore sono di grande importanza clinica, è **probabile** che gli aspetti motivazionali-affettivi riflettano il dolore che ha bisogno di essere trattato. Differenziando queste due funzioni del dolore rispetto alla neuropatologia delle varie forme di demenza, potrebbe favorire la comprensione delle alterazioni nelle esperienze dolorose nella popolazione affetta da demenza.

In pratica clinica, la selezione di strumenti per valutare il dolore nel demente, è basata primariamente su “**se il paziente è capace comunicare verbalmente**”. Per esempio, le scale di auto-valutazione del dolore sono somministrate a pz che possono ancora comunicare.

Queste scale sono unidimensionali, tuttavia esse colgono come target solamente aspetti del dolore limitati alla parte sensoriale-discriminativa (ovvero: presenza e intensità);

Importante invece è l'aspetto motivazionale-affettivo.

Una visione supplementare di misurazione dell'esperienza dolorosa del pz potrebbe emergere dalla misurazione delle variazioni delle risposte autonome agli stimoli dolorosi **(PA; FC)**.

Solo dolore ad alta intensità ha provocato nelle due popolazioni esaminate (AD vs popolazione) un significativo incremento della **PAs**.

In contrapposizione, bassi livelli di stimolazione dolorosa hanno indotto piccoli incrementi della FC solo nei pz con AD. Questo suggerirebbe che l'AD hanno una soglia più alta di attivazione autonoma.

Rainero et al. Eur J Pain 2000

Le risposte autonome in pz non-comunicativi indicano un alto livello di dolore e le risposte più basse non riflettono l'assenza di dolore.

Recentemente, le risposte di variazione della FC al dolore, sono state trovate essere correlate negativamente sia con la severità del decadimento cognitivo che con il deterioramento dell'attività elettrica cerebrale nella Malattia di Alzheimer, nonostante sia normale lo stimolo tattile e la soglia del dolore.

Questi risultati offrono ulteriore sostegno al fatto che pazienti con Malattia di Alzheimer possono ancora discriminare fra stimoli tattili e dolorosi (anche in fasi avanzate di malattia) con la presenza di deboli risposte autonome.

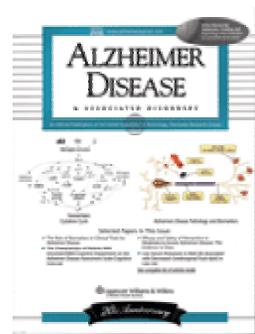
I dati indicano che le scale osservazionali sono utili per stimare l'intensità e gli aspetti motivazionali-affettivi del dolore in pazienti con demenza e che queste scale dovrebbero essere somministrate a tutti i pazienti nella pratica corrente, non solo a quelli non-comunicativi.

Stimare risposte autonome non sembra essere utile, non offrono una riflessione accurata di come queste risposte indichino l'intensità percepita del dolore.

STANDARD DI VALUTAZIONE

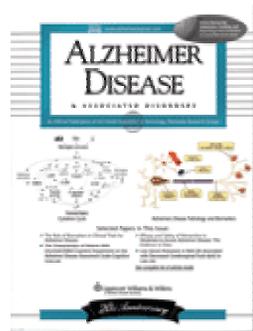
Dal grado di comorbilità?

Health Problems and Correlates of Pain in Nursing Home Residents With Advanced Dementia



Vol. 20, N°4
Oct-Dec 2006

Abstract: This study describes the health problems and comorbid illnesses of nursing home (NH) residents with advanced dementia ($n = 123$) and identifies correlates of staff-identified pain. Study participants were residents of 3 NHs in Maryland, their surrogate decision makers and their physicians. Residents' cognitive function was assessed at study enrollment, and their medical records were reviewed to identify all health problems/illnesses and use of pain medications during the 6 months before their enrollment. The most prevalent health problems were skin problems (95%), nutrition/hydration problems (85%), psychiatric/behavioral problems (85%), gastrointestinal problems (81%), and infections (80%). Sixty-three percent of residents had recognized pain, and 95% of those residents received pain medications. In a multivariate regression analysis, staff-identified pain was associated with aspiration ($P = 0.008$), peripheral vascular disease ($P = 0.021$), musculoskeletal disorders ($P = 0.032$), higher cognitive function ($P = 0.013$), and use of pain medications, including nonopioids ($P = 0.004$) and the combination of opioids and nonopioids ($P = 0.001$). NH residents with advanced dementia experience a complex mixture of multiple chronic and acute comorbidities. These results suggest the need for clinicians in long-term care facilities to be vigilant in assessing and treating pain, particularly as cognitive function declines in those with advanced dementia.



Vol. 20, N°4
Oct-Dec 2006

TABLE 1. Residents' Demographic and Health Status Characteristics

Residents' Characteristics	%	Mean (SD)
Demographic characteristics		
Females (n = 123)	55.3	
Race (n = 123)		
White	83.7	
African American	16.3	
Marital status (n = 123)		
Widowed	54.5	
Married	30.9	
Never married/separated/divorced	14.6	
Age (n = 123)		81.5 (7.1)
Education (n = 117)*		11.5 (3.4)
Health status characteristics		
Dementia diagnoses (n = 123)		
Alzheimer disease (AD)	57.7	
Vascular dementia (VD)	10.6	
Mixed dementia (AD and VD)	12.2	
Dementia type not specified	13.8	
Other types of dementia†	5.7	
Years since dementia symptoms began (n = 122)*		8.6 (5.8)
Years since dementia diagnosed (n = 107)*		5.9 (4.9)
Years at NH (n = 123)		1.9 (3.0)
On hospice/palliative care (n = 123)	32.5	
SIRS scores (n = 121)*‡		10.3 (6.7)
No. health problems (n = 123)§		22.1 (7.6)
Pain medication use (n = 123)		
No pain medication	17.1	
Nonopiates only	65.0	
Opiates and nonopiates	17.9	

TABLE 2. Health Problems and Correlates of Pain*

Major Health Problem Categories† and Selected Subcategories‡	Total Residents With Health Problems (n = 123) n (%)	Had Pain Reports		χ^2 (df = 1)	P
		Residents With Health Problem§ n (%)	Residents Without Health Problem n (%)		
Skin problems/skin disorders	117 (95.1)	75 (64.1)	3 (50.0)	—	0.668¶
Pressure ulcers#	75 (61.0)	55 (73.3)	23 (47.9)	8.150	0.004
Nutrition/hydration problems	105 (85.4)	69 (65.7)	9 (50.0)	1.635	0.201
Psychiatric disorders/behavior problems	105 (85.4)	69 (65.7)	9 (50.0)	1.635	0.201
Behavior problems	82 (66.7)	53 (64.6)	25 (61.0)	0.158	0.691
Gastrointestinal problems	99 (80.5)	64 (64.6)	14 (58.3)	0.332	0.565
Infections	98 (79.7)	66 (67.3)	12 (48.0)	3.214	0.073
Skin infections	43 (35.0)	32 (74.4)	46 (57.5)	3.451	0.063
Genitourinary/gynecologic problems	90 (73.2)	59 (65.6)	19 (57.6)	0.663	0.416
Pain	78 (63.4)	—	—	—	—
Musculoskeletal disorders	75 (61.0)	55 (73.3)	23 (47.9)	8.150	0.004
Arthritis	61 (49.6)	42 (68.9)	36 (58.1)	1.542	0.214
Falls	60 (48.8)	43 (71.7)	35 (55.6)	3.438	0.064
Heart disease	60 (48.8)	42 (70.0)	36 (57.1)	2.190	0.139
Hypertension	56 (45.5)	39 (69.6)	39 (58.2)	1.719	0.190
Hematology/oncology problems	48 (39.0)	37 (77.1)	41 (54.7)	6.339	0.012
Cancer	12 (9.8)	8 (66.7)	70 (63.1)	—	1.00¶
Neurologic disorders	47 (38.2)	28 (59.6)	50 (65.8)	0.483	0.487
Edema/swelling	46 (37.4)	33 (71.7)	45 (58.4)	2.195	0.138
Endocrine disorders	40 (32.5)	27 (67.5)	51 (61.4)	0.426	0.514
Respiratory distress	36 (29.3)	25 (69.4)	53 (60.9)	0.798	0.372
Dental/mouth problems	28 (22.8)	18 (64.3)	60 (63.2)	0.012	0.913
Eye disorders/vision problems	28 (22.8)	19 (67.9)	59 (62.1)	0.308	0.579
Circulatory disorders	27 (22.0)	22 (81.5)	56 (58.3)	4.867	0.027
PVD	17 (13.8)	16 (94.1)	62 (58.5)	8.015	0.005
Gait disorder/postural problems	22 (17.9)	12 (54.5)	66 (65.3)	0.908	0.341
Pulmonary disorders	22 (17.9)	12 (54.5)	66 (65.3)	0.908	0.341
Cerebrovascular disease	20 (16.3)	12 (60.0)	66 (64.1)	0.120	0.729
Aspiration	19 (15.4)	17 (89.5)	61 (58.7)	6.577	0.010
Ear, nose, and throat problems	17 (13.8)	12 (70.6)	66 (62.3)	0.438	0.508
Diabetes mellitus	17 (13.8)	10 (58.8)	68 (64.2)	0.179	0.672
Trauma/fractures	13 (10.6)	12 (92.3)	66 (60.0)	—	0.030¶

STANDARD DI VALUTAZIONE

Dai BPSD?

Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly

Daisha J. Cipher, PhD, P. Andrew Clifford, PhD, and Kristi D. Roper, PhD

Scopo dello studio: chiarire la relazione tra il dolore e i disturbi comportamentali in una popolazione di residenti (Long Term Care) affetti da vario grado di demenza.

Obiettivi:

- 1) Chiarire l'influenza del dolore sul numero, l'intensità, frequenza, e la durata dei disturbi comportamentali.
- 2) Individuare le differenze tra i residenti con livelli diversi di demenza con dolore acuto misurando l'intensità, frequenza, e la durata.
- 3) Individuare le differenze tra i residenti con livelli diversi di demenza con dolore cronico misurando l'intensità, frequenza, e la durata.

(J Am Med Dir Assoc 2006; 7: 355–365)

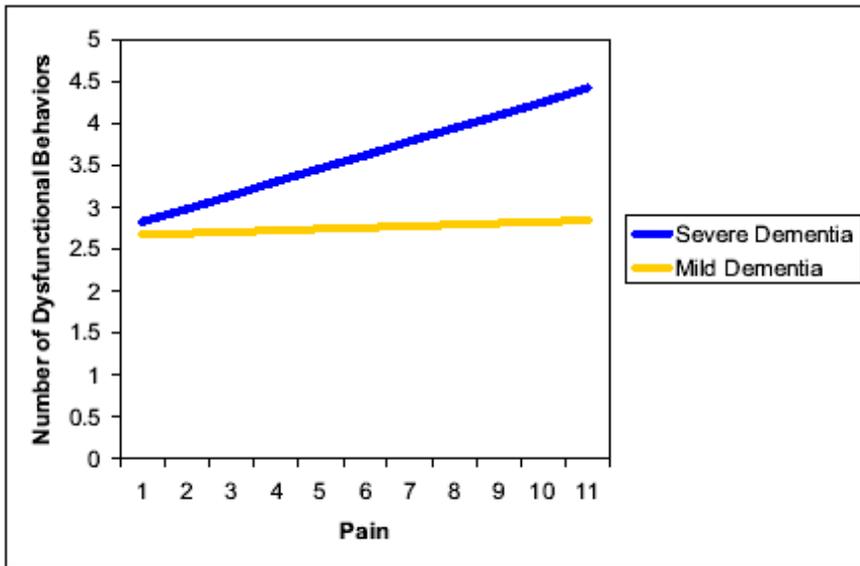


Fig. 1. Differences between the dementia groups on the relationship between pain and number of dysfunctional behaviors.

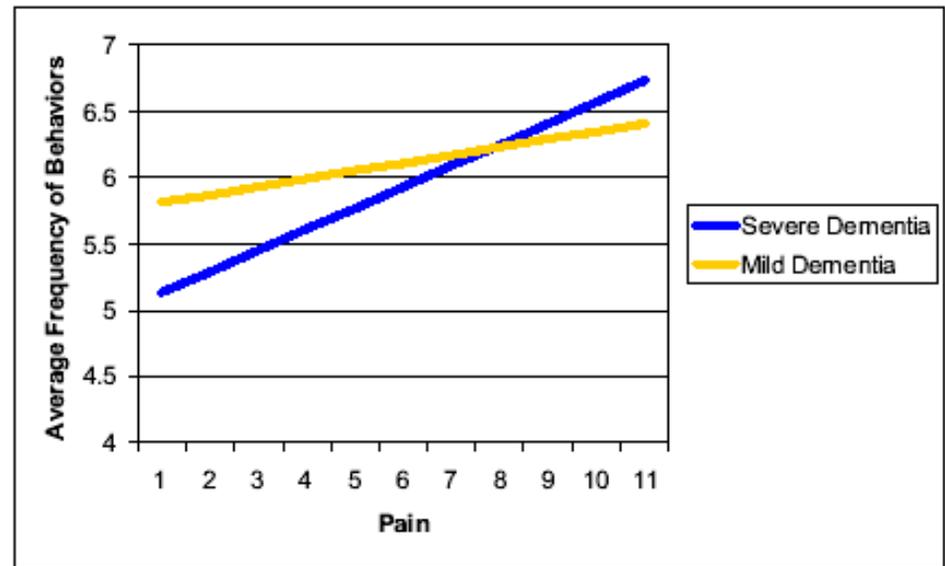


Fig. 2. Differences between the dementia groups on the relationship between pain and mean behavioral frequency.

Behavioral Manifestations of Pain in the Demented Elderly

Daisha J. Cipher, PhD, P. Andrew Clifford, PhD, and Kristi D. Roper, PhD

I risultati suggeriscono che il dolore influenza più spesso disturbi comportamentali nei pazienti con decadimento cognitivo di grado severo rispetto al quelli di grado moderato.

residenti con dolore cronico con demenza di grado severo hanno più disturbi del comportamento rispetto a pz con demenza di grado moderato.

Questi risultati sono a sostegno dell'utilità di analisi comportamentali che considerino stime cliniche di intensità, frequenza e durata di tali comportamenti unitamente alla misura del grado di decadimento cognitivo.

Inoltre, i risultati implicano che il dolore e le altre forme di sofferenza fisica devono essere trattate adeguatamente per ridurre disturbi comportamentali e migliorare la qualità della vita.

(J Am Med Dir Assoc 2006; 7: 355–365)

Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities.

Leong IY, Nuo TH.

Obiettivi: determinare la prevalenza di dolore e del relativo effetto fra i residenti delle case di cura con differenti abilità di comunicazione e a diversi livelli di decadimento cognitivo.

Partecipanti: residenti di 65 anni e oltre, senza un recente cambiamento nello stato cognitivo.

Assessment: i self-report sono stati ottenuti per quanto possibile. La severità del dolore è stata misurata con la **PAINAD** fra i pz non comunicativi. I residenti inoltre sono stati valutati con la **GDS** (short-form), **Cornell Scale** per la depressione nella demenza, **Spielberger State-Trait Anxiety Inventory** e con la **Human Activities Profile**.

Risultati: la prevalenza di dolore non è stata differente tra il pz comunicativo con normale stato cognitivo (48.7%), quello con decadimento cognitivo di grado moderato (46.5%), o severamente compromesso (49.2%). Tuttavia gli ultimi 2 gruppi hanno segnalato più spesso e costantemente il dolore acuto rispetto a quello con stato cognitivo normale (7.9% - 14.1% vs 2.5%).

I pz con alterazione dello stato cognitivo hanno riportato più frequentemente dolore, di grado più severo ed a differente localizzazione.

Indipendentemente dallo stato cognitivo, 73.3% - 100%, i residenti hanno avuto significativi miglioramenti nei punteggi sulle misure di ansia e di depressione quando hanno segnalato la riduzione del dolore. La riduzione dell'attività del dolore è stata associata ad un miglior punteggio del profilo delle attività. 16 di 36 residenti noncomunicativi hanno avuto ottenuto una miglioramento nel punteggio alla PAINAD ed almeno 12 di loro hanno avuto modificazione significativa dell' umore.

CONCLUSIONI: lo stato cognitivo non ha effetto sulla prevalenza di dolore tuttavia interessa la cronicità e le caratteristiche del dolore riportato. Il self-report del dolore relativo alla partecipazione della componente emotiva (umore) è associato ad un significativo miglioramento nei punteggi di umore.

The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia.

Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP.

In considerazione della necessità di valutare clinicamente il dolore nella popolazione anziana con demenza, questo studio ha valutato le proprietà psicometriche delle versioni tradotte delle scale PAINAD, PACSLAC e DOLOPLUS-2.

Due raters hanno valutato simultaneamente i residenti di una casa di cura (n=128) per dolore durante l'esecuzione del vaccino antinfluenzale.

Il **PACSLAC** è stato stimato come la scala più utile dalle infermiere. Ha dimostrato la buone validità ed affidabilità, anche se la scala dovrebbe ulteriormente essere affinata. Questo perfezionamento dovrebbe aumentare l'omogeneità.

La **PAINAD** ha mostrato buone qualità psicometriche in termini di affidabilità, validità ed omogeneità. La scala PAINAD ha avuto segni più bassi per l'utilità clinica in questo campione.

La versione olandese del **DOLOPLUS-2** è stata considerata più difficile da usare.

I risultati di questo studio forniscono la prova di validità e di affidabilità delle tre scale di valutazione del dolore. Ora che tali strumenti sono disponibili, gli studi futuri devono puntare sulla relativa esecuzione nella pratica professionale dell'infermiere.

Considerazioni

Rapporto standardizzato: ruolo dello staff

La sensibilità dello staff, nell'identificazione del dolore e nel report di tale sintomo come problema diagnostico, è sensibile nell'RSA.

Tale dinamica è però debole nel report in termini di numero di osservazioni. Ciò potrebbe derivare dalla mancanza di una precisa conoscenza del grado di comorbidità.

In RSA "l'abitudine" al bisogno del pz potrebbe essere il principale fattore di riduzione delle segnalazioni e quindi di undertreatment.

Talvolta anche il personale più "orientato" riporta ma non localizza il sintomo dolore.

STANDARD DI VALUTAZIONE

?

TENS

Stimolazione Elettrica Transcutanea dei Nervi

Basi teoriche di efficacia:

- Tutte le fibre afferenti sembra che abbiano la capacità di influenzare l'attività di altre fibre afferenti, soprattutto tramite una mutua inibizione presinaptica.
- Studi clinici e sperimentali hanno sostenuto la proprietà degli stimoli nocivi e non di inibire temporaneamente la trasmissione delle fibre afferenti di piccolo diametro ai neuroni di secondo ordine del midollo spinale.
- E' probabile che il meccanismo di azione della TENS comprenda effetti inibitori sulle fibre nocicettive dovute alla stimolazione delle fibre afferenti di largo diametro (A β).
- Gli stimolatori elettrici transcutanei sono sono semplici da da costruire, portatili, relativamente efficienti dal punto di vista energetico.

Caratteristiche socio-demografiche di 21 pz sottoposti a Terapia Fisica presso l'RSA « Villaggio San Francesco » di Villanuova sul Clisi

	Ingresso			Inizio Trattamento		
	Mean	SD	N (%)	Mean	SD	<i>p.</i>
Età	84.5	7.2				
Sesso						
femmine			13(62)			
maschi			8(38)			
MMSE	25.1	6.2		24.5	5.8	0.04
GDS (15 item)	5	3.2		3.4	3.06	0.017
Tinetti scale	17.6	7.7		17.7	7.7	NS
Barthel Index	69.3	27.6		63	30.8	NS
N° Malattie	5.5	2.5				

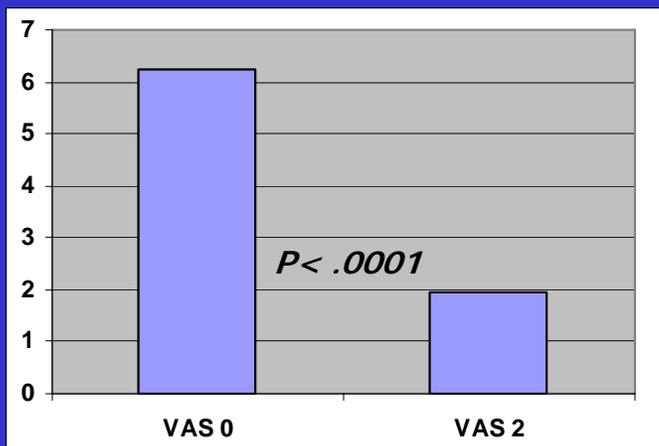
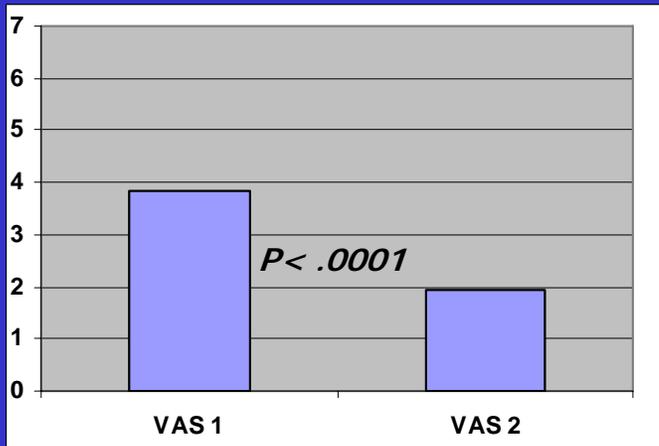
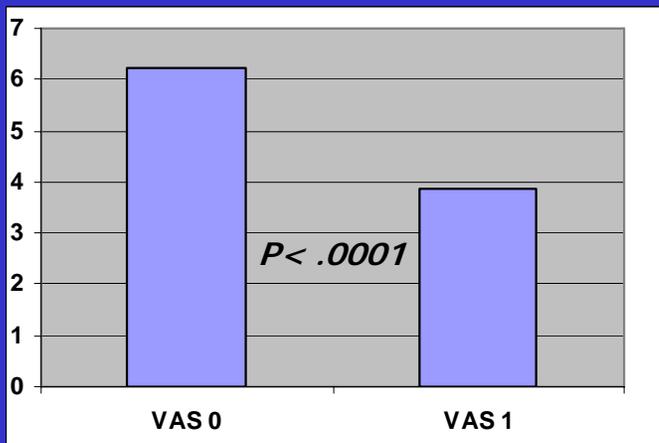
Localizzazione del dolore

	<u>N</u>	<u>%</u>
Lombosciatalgia	3	14.2
Gonalgia	13	61.9
Cervicalgia	3	14.2
Tibio-tarsica	2	9.5

Tipo di trattamento

	<u>N°</u>	<u>%</u>
TENS	9	42.8
Jonoforesi	7	33.3
Massoterapia	1	4.7
Ultrasuoni+TENS	2	9.5
IFA	2	9.5

Variazione della misura del dolore misurata con la VAS



VAS 0: inizio trattamento

VAS 1: fine trattamento

VAS 2: 30 gg dalla fine del trattamento

TENS nel DOLORE

ACUTO

- Usata con successo nel dolore postoperatorio, nei traumi, nel dolore orofacciale.
- Riduce significativamente l'utilizzo degli oppioidi.
- Priva di complicazioni se confrontata con FANS.

CRONICO

- Area controversa

TENS: conclusioni

Gli effetti positivi della TENS sono ben definiti nel dolore acuto, ma il trattamento delle condizioni di dolore cronico è meno definito.

La confusione sul dolore cronico è dettata dal fatto che la TENS non è considerata un intervento « potente ».

La TENS va considerata una componente palliativa di un approccio più vasto al dolore cronico.

A differenza di molti farmaci analgesici è totalmente priva di effetti collaterali.

Utile componente di una terapia del dolore più articolata.

N° assoluto di prescrizioni di farmaci per il controllo del dolore da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

77 prescrizioni

23: paracetamolo

10: FANS

30: oppioidi minori

6: oppioidi maggiori

8: stabilizzanti di
membrana

N° assoluto di prescrizioni di farmaci per il controllo del dolore da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

77 prescrizioni

23: paracetamolo
10: FANS
30: oppioidi minori
6: oppioidi maggiori
8: stabilizzanti di membrana

N° assoluto di prescrizioni di farmaci per il controllo del dolore nel mese di febbraio 2007 su 120 pz

7 prescrizioni di cui AD

1: paracetamolo ---
0: FANS ---
2: oppioidi minori ---
2: oppioidi maggiori ---
2: stabilizzanti di membrana ---

N° assoluto di prescrizioni di neurolettici per il controllo dei BPSD da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

55 prescrizioni

- 1: clotiapina
- 1: clorpromazina
- 4: risperidone
- 7: olanzapina
- 20: quetiapina
- 13: aloperidolo
- 9: promazina

N° assoluto di prescrizioni di neurolettici per il controllo dei BPSD da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

55 prescrizioni

1:	clotiapina
1:	clorpromazina
4:	risperidone
7:	olanzapina
20:	quetiapina
13:	aloperidolo
9:	promazina

N° assoluto di prescrizioni di neurolettici per il controllo dei BPSD nel mese di febbraio 2007 su 120 pz

29 prescrizioni di cui AD

1:	clotiapina	---
0:	clorpromazina	---
3:	risperidone	---
4:	olanzapina	---
11:	quetiapina	1
4:	aloperidolo	2
6:	promazina	4

N° assoluto di prescrizioni di antidepressivi da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

46 prescrizioni

31: citalopram

3: sertralina

3: venlafaxina

4: amilsulpiride

5: duloxetina

N° assoluto di prescrizioni di antidepressivi da aprile 2006 a febbraio 2007 su 183 pz

46 prescrizioni

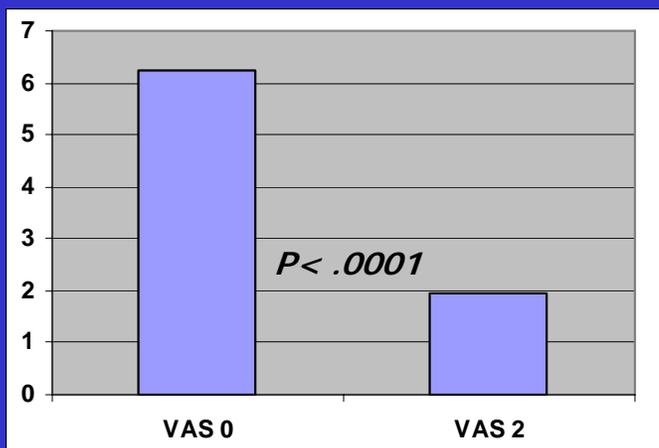
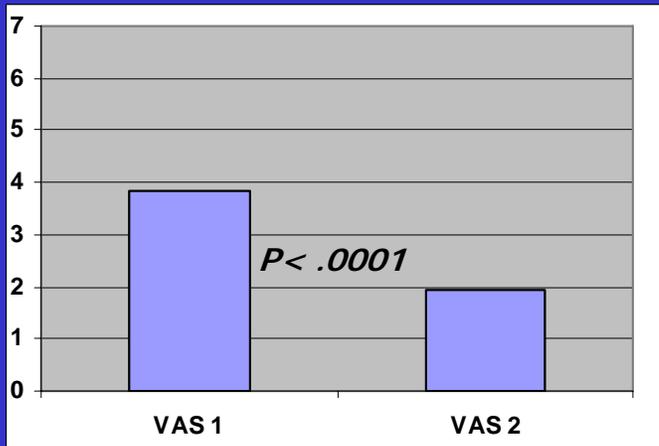
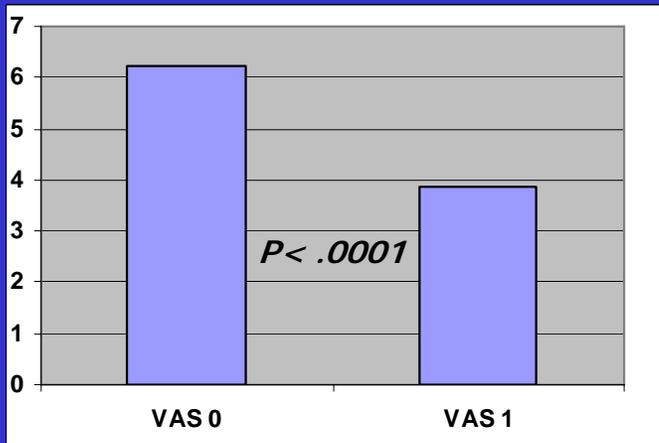
31: citalopram
3: sertralina
3: venlafaxina
4: amilsulpiride
5: duloxetina

N° assoluto di prescrizioni di antidepressivi nel mese di febbraio 2007 su 120 pz

29 prescrizioni di cui AD

22: citalopram 6
1: sertralina ---
1: venlafaxina ---
3: amilsulpiride ---
2: duloxetina ---

Variazione della misura del dolore misurata con la VAS



VAS 0: inizio trattamento

VAS 1: fine trattamento

VAS 2: 30 gg dalla fine del trattamento

Visual Analog Scale pain reporting was standardized

Robert L. Kane^{a,b,*}, Boris Bershadsky^{a,b}, Todd Rockwood^{a,b},
Khaled Saleh^{a,b,c,l}, Nazir C. Islam^{a,b}

^a*Clinical Outcomes Research Center, University of Minnesota, D351 Mayo (MMC 197), Minneapolis, MN 55455, USA*

^b*School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

^c*Department of Orthopedics, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

Premessa:

Considerando che il dolore è misurato frequentemente con una scala analogica visiva (VAS) che può esaminare il cambiamento tra gli intervalli in un medesimo soggetto, tali stime non sono utili nell'analizzare le differenze attraverso i soggetti.

Obiettivo:

Creazione di un metodo che tenga conto che il report del dolore valutato con la VAS deve necessariamente considerare le variazioni tra le popolazioni in termini di differenza di percezione oggettiva e soggettiva del dolore.

Visual Analog Scale pain reporting was standardized

Robert L. Kane^{a,b,*}, Boris Bershsky^{a,b}, Todd Rockwood^{a,b},
Khaled Saleh^{a,b,c,l}, Nazir C. Islam^{a,b}

^a*Clinical Outcomes Research Center, University of Minnesota, D351 Mayo (MMC 197), Minneapolis, MN 55455, USA*

^b*School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

^c*Department of Orthopedics, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

Metodi:

E' stata stilata una lista di 226 tipi di dolore raccolta da un'intervista tra individui (per la strada e nelle liste di attesa di ambulatori specialistici).

Questi 226 tipi di dolore sono stati successivamente valutati da professionisti secondo la gravità: 19 tipi di dolore sono risultati essere più frequentemente stabili.

I 19 dolori sono poi stati valutati da un campione di persone e un metodo di normalizzazione della VAS è stato messo a punto sulla base di 6 dolori selezionati.

Visual Analog Scale pain reporting was standardized

Robert L. Kane^{a,b,*}, Boris Bershadsky^{a,b}, Todd Rockwood^{a,b},
Khaled Saleh^{a,b,c,1}, Nazir C. Islam^{a,b}

^aClinical Outcomes Research Center, University of Minnesota, D351 Mayo (MMC 197), Minneapolis, MN 55455, USA

^bSchool of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA

^cDepartment of Orthopedics, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA

Relationship of pain experience, demographics, and self-rated health to pain ratings (community sample, $n = 1,622$)

Type of pain	Pain experience					
	All	Yes		No		<i>P</i> -value
		<i>n</i>	Mean score	<i>n</i>	Mean score	
Minor cut	1.9	1,438	1.9	19	2.8	0.01
Heartburn	3.4	1,263	3.4	295	3.3	NS
Sore throat	3.4	1,561	3.4	22	3.9	NS
Bumping your head	3.5	1,501	3.5	70	4.0	0.05
Stiff neck	3.7	1,488	3.7	86	3.7	NS
Headache	4.6	1,549	4.6	49	4.8	NS
Sprained wrist	4.7	581	4.4	940	4.8	0.001
Arthritis in the wrist	5.2	263	5.0	1,250	5.3	0.05
Sprained ankle	5.2	1,053	5.1	499	5.4	0.05
Low back pain	5.6	1,451	5.6	156	5.7	NS
Gouty arthritis	6.0	109	6.5	1,386	6.0	0.05
Arthritis in the hip	6.2	250	5.8	1,254	6.3	0.001
Perforated duodenal (stomach) ulcer	6.6	111	6.1	1,393	6.6	0.05
Broken (fractured) wrist	6.6	203	6.2	1,300	6.7	0.001
Pain after surgery on your bladder	6.7	64	6.3	1,432	6.7	NS
Broken (fractured) arm	6.7	206	6.3	1,303	6.8	0.001
Broken (fractured) collarbone (clavicle)	7.0	128	6.2	1,368	7.0	0.001
Broken (fractured) ankle	7.0	185	6.8	1,320	7.1	NS
Broken (fractured) leg	7.2	132	6.8	1,367	7.3	0.05

Pain	Standardized β coefficient			
	Experience ^a	Age	Female	Health
Minor cut	-.079**	-.023	.010	.115***
Heartburn	.004	.058*	.075**	.151***
Bumping your head	-.053*	.041***	-.033	.091***
Sore throat	-.028	.107***	.105***	.078**
Stiff neck	-.007	.000	.066**	.139***
Sprained wrist	-.107***	-.049	.095***	.074**
Headache	-.021	.028	.146***	.124***
Arthritis in wrist	-.080**	-.032	.152***	.080**
Sprained ankle	-.056*	-.020	.048	.064*
Gouty arthritis	.101***	-.025	.193***	.028
Arthritis in the hip	-.146***	.030	.151***	.108***
Low back pain	-.026	.112***	-.011	.188***
Pain after surgery on your bladder	-.050	-.059*	.134***	.051
Perforated duodenal (stomach) ulcer	-.061*	.046	.179***	.002
Broken wrist	-.090***	-.143***	.061*	.050
Broken arm	-.094***	-.115***	.049	.025
Broken collarbone	-.116***	-.227	.050*	.075**
Broken ankle	-.045	-.112***	.034	.062*
Broken leg	-.065*	-.097***	.063*	.024

* $P < .05$. ** $P < .01$. *** $P < .001$.

^a Pain experience was coded as 0 = No, 1 = Yes.

Visual Analog Scale pain reporting was standardized

Robert L. Kane^{a,b,*}, Boris Bershadsky^{a,b}, Todd Rockwood^{a,b},
Khaled Saleh^{a,b,c,1}, Nazir C. Islam^{a,b}

^a*Clinical Outcomes Research Center, University of Minnesota, D351 Mayo (MMC 197), Minneapolis, MN 55455, USA*

^b*School of Public Health, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

^c*Department of Orthopedics, University of Minnesota, Minneapolis, MN 55455, USA*

Variazioni individuali, in stime di dolore, sono state trovate essere indipendenti dall'età o dal genere del dichiarante, ma sono correlate con esperienze legate all'evento o allo status di salute riportato.

E' stato proposto un nuovo metodo di punteggio che prende in considerazione queste correlazioni.

È possibile standardizzare stime di dolore di VAS per comparare il dolore tra popolazioni diverse.

Conclusioni dello studio:

Pochi dolori sono sperimentati universalmente da uomini o donne; le persone non sono universalmente d'accordo sulla gravità di un dolore determinato.

Queste “scoperte” indicano il bisogno di trovare un modo di normalizzare il dolore auto-riportato usando gli item della VAS, che prenda in considerazione le differenze tra individui che non riguardano solo la possibilità di aver sperimentato il dolore ma anche la percezione di quanto dolore è associato ad un evento.

E' possibile identificare classi/tipologie di dolori che potrebbero essere utilizzati per costruire la base per “aggiustare” il self-report della VAS in modo da permettere confronti fra le popolazioni.

Nella rappresentazione dei vari livelli di severità e di normalizzazione, la VAS, per essere efficace dovrebbe “aggiustare” per gli effetti derivanti dell'esperienza personale del dichiarante, per i fattori demografici e per lo status di salute complessivo.

Nello scelta di cosa misurare è meglio evitare i soggetti che sono collegati direttamente ad esperienze uniche di dolore o di un genere particolare di dolore (parto o malattia di prostatica).

La domanda tradizionale della VAS è basata nel chiedere di valutare il dolore corrente (per esempio, 7 sulla scala da 0 a 10).

Questi numeri raccolti da un campione di popolazione possono essere usati per l'analisi statistica. Questa analisi statistica presume che il dolore corrente, codificato come 7 abbia la stessa intensità per tutti i convenuti.

Nonostante l'assunzione comune, non è sicuro supporre che un 7 sia la stessa cosa per persone di popolazioni differenti.

L'approccio proposto offre un mezzo per interpretare al meglio i report della VAS che sono usati comunemente per riportare il dolore nei vari interventi. Il lavoro futuro sarà quello di esaminare l'utilità clinica di tale approccio.

Conclusioni

- *“Nella rappresentazione dei vari livelli di severità e di normalizzazione, la VAS, per essere efficace dovrebbe “aggiustare” per gli effetti derivanti dell'esperienza personale del dichiarante, per i fattori demografici e per lo status di salute complessivo”.*
- **Nuovi approcci per migliorare la sensibilità delle scale di valutazione a tutti i livelli.**
- **L'assessment del dolore è ancora poco omogeneo in termini di strumenti.**
- **Il dato clinico (semeiotica) è talvolta il solo approccio nella valutazione.**
- **In RSA lo staff segnala il problema ma perde progressivamente di sensibilità**
- **Il dolore non viene ancora considerato in tutte le fasi della pratica clinica in RSA.**
- **I farmaci (Linee Guida del dolore), unitamente alle terapie fisiche e alla FKT, preservano lo stato funzionale?**