



LA VALUTAZIONE DEL DOLORE ONCOLOGICO SUL PAZIENTE ADULTO E PEDIATRICO

Infermiere Accorsi Danila e Zanna Barbara

Individuazione delle evidenze scientifiche in merito alla valutazione del dolore oncologico nel paziente adulto e pediatrico.

Allo scopo è stata effettuata una ricerca su banche dati di linee guida; le parole chiave maggiormente utilizzate sono state: pain, oncology, adult, pediatric, assessment.

Sono state selezionate su:

National L.G. Clearhouse parole chiave quali:

pediatric pain: 49 linee guida trovate, ulteriormente selezionate aggiungendo la parola oncology alle precedenti, il risultato è stato di 9 linee guida, che abbiamo stampato con lo schema di comparazione fra le stesse.

Queste linee guida trattano aspetti del dolore che non rientrano nel nostro campo di ricerca.

CMA Infobase, cercando con le parole chiave sopra esposte, siamo riuscite a trovare una linea guida utilizzando solamente la parola chiave pain. La linea guida è della Canadian Pediatric Society, intitolata "Prevention and Management of pain and stress in the neonate", datata novembre 2000. Questa linea guida tratta il dolore del neonato in ambito chirurgico riferito al trattamento farmacologico e anestetico generale o locale, e gestione dello stress- ansia del neonato che è diverso dal dolore, tramite lo studio comportamentale del neonato. Anche questa linea guida non è pertinente al nostro campo di ricerca.

SIGN: in maniera molto veloce è stata selezionata una linea guida, la n° 44 del giugno 2000, dal titolo "Control of pain in patient with cancer", la guida è molto buona, tratta però solamente l'adulto.

New Zeland: sono stati individuati (sempre con le stesse parole chiave), due linee guida che trattano il problema della nausea e vomito in pazienti sottoposti a chemioterapia, argomento non di nostra pertinenza.

Histat Collection: in questo contesto abbiamo delimitato il campo immettendo i seguenti requisiti: pain, all words, AHCP supported Guide line. Con questi requisiti, il materiale trovato è stato il seguente: con pain, 66 matches; con pediatric 1 match; con pediatric pain 2 matches, che abbiamo selezionato e stampato entrambe. Sono da valutare in quanto sebbene entrambe parlino della gestione farmacologica del dolore, accennano anche alla gestione non farmacologica del dolore e alla sua valutazione.

Per l'adulto invece abbiamo trovato: su management of cancer pain, n° 9 linee guida delle quali è stata estrapolata la n° 2: "Assesment of pain in patient with cancer". Abbiamo inoltre individuato altra documentazione: "Pain assesment and reassessment", da valutare.

Cochrane library: indici per argomento poi abbiamo usato la parola chiave cancer, general poi pain fatigue problem and palliative care. In questi siti non veniva trattato l'accertamento specifico per paziente con patologia oncologica nell'adulto e nel bambino.

Medline: abbiamo utilizzato le seguenti parole chiave:

assessment oncology pain: 192 items

assessment oncology pain + adult: 100 items

assessment oncology pain + pediatric: 12 items.

Abbiamo poi ulteriormente ristretto il campo, ponendo i seguenti limiti: all field, clinical trial (sebbene il clinical trial intenda la ricerca del trattamento, abbiamo pensato che a monte di un trattamento ci potesse essere un momento di accertamento), english, 1998-2000. Con questi limiti posti, sono risultati 13 items, di questi stampiamo "implementing guide lines for cancer pain management..", aggiungiamo ai limiti sopra citati la voce pediatric e il risultato è stato nessun item.

Molto materiale è stato recuperato ma trattava altri aspetti del dolore oncologico quali nausea, vomito, trattamenti farmacologici, aspetti antropologici, psicologici, ecc....,per quanto riguarda l'adulto,mentre per la parte pediatrica è stato recuperato materiale che trattava soprattutto il post operatorio, l'aspetto farmacologico e anestetico generale, il livello dell'ansia e stress nel neonato.

Dopo vari tentativi è stata recuperata una Linea Guida Scozzese del giugno 2000 che tratta il "controllo del dolore in pazienti con il cancro"

Alla luce di quanto esaminato, sono emersi diversi aspetti che riteniamo importanti al fine di effettuare una buona valutazione oncologica del dolore nell'adulto che riportiamo di seguito con il livello di evidenza riscontrato.

CHIAVE DI LETTURA DELLO STATO DELLE EVIDENZE E FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

STATO DELLE EVIDENZE

- E1 1a. evidenza ottenuta dalla meta analisi di trial randomizzati controllati
1b. evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato controllato
- E2 2a. evidenza ottenuta da almeno un buon studio controllato senza randomizzazione
2b. evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio quasi sperimentale
- E3 3. evidenza ottenuta da un buon studio descrittivo non sperimentale, come uno studio comparativo, o uno studio di casi
- E4 4. evidenza ottenuta da un report o opinioni e/o esperienze cliniche effettuate da un committente esperto o da autorità riconosciute.

FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE

- A. richiede almeno un trial randomizzato controllato come corpo di letteratura di buona qualità e consistenza descrivendo le specifiche raccomandazioni. (evidenza 1a, 1b)
- B. richiede la disponibilità di buona conduzione di studi clinici ma non di trial clinici randomizzati sull'argomento della raccomandazione. (livello 2a, 2b,3)
- C. richiede evidenze ottenute da report o opinioni e/o esperienze cliniche di autorità riconosciute ed esperti. Indica un assenza di diretta applicazione di studi clinici di buona qualità. (livello 4)

PERCHE' VALUTARE IL DOLORE

L'accertamento del dolore è importante affinché gli operatori sanitari, attraverso la sua valutazione basata sul tipo, sulla entità e sulla percezione individuale, possano attuare un adeguato approccio terapeutico. Anche l'eziologia del dolore dovrebbe essere presa in considerazione; il 5-10% dei pazienti con neoplasia maligna, infatti, riferisce dolore dovuto a situazioni estranee al tumore. Livello di evidenza 3-4

B prima di iniziare un qualsiasi trattamento, una accurata valutazione dovrebbe essere effettuata al fine di determinare il tipo, la gravità del dolore, e i suoi effetti sul paziente

CHI DOVREBBE VALUTARE

Tendenzialmente gli operatori sanitari tendono a sottovalutare il dolore; al contrario i familiari tendono a sopravvalutarlo ragion per cui il paziente stesso è l'unico accertatore competente per valutare il proprio dolore. Da qui l'importanza della sua abilità comunicativa.

B il paziente dovrebbe essere il primo a valutare il suo dolore

Uno stretto coinvolgimento del paziente nella valutazione del dolore sarà in grado di incoraggiare lo sviluppo di una relazione di fiducia migliorando così la probabilità di un efficace del controllo del dolore.

In pazienti con difficoltà comunicative come quelli affetti da delirio, demenza o disfagia, è necessario che la valutazione venga effettuata da personale competente.

Infine, la complessità del dolore e i fattori clinici concomitanti, possono influenzare il numero degli operatori sanitari da coinvolgere nella gestione. E' infatti fondamentale la costituzione di un team multidisciplinare (I.P. medici, psicologi, fisioterapisti, farmacisti, eccetera....) che possa contribuire, insieme al paziente, alla gestione del suo dolore.

COSA VALUTARE NEL DOLORE

Il dolore è molto di più che un fenomeno fisico. Nonostante questo, gli aspetti psicologici, sociali e spirituali del dolore non sono sempre considerati. Una appropriata valutazione del dolore, deve comprendere i seguenti requisiti (livello di evidenza 4):

- effetti fisici: manifestazioni di dolore
- effetti funzionali: interferenze con le attività di vita quotidiana
- fattori psicosociali: livello di ansia, umore, influenze culturali, paura, effetti sulle relazioni interpersonali, fattori che influenzano l'inizio del dolore e la sua tolleranza.

Riguardo la tolleranza sono stati individuati altri fattori quali quelli che diminuiscono la tolleranza del dolore tipo: disagio, insonnia, fatica, ansia, paura, rabbia, noia, tristezza depressione, abbandono sociale, isolamento mentale; e quelli che aumentano la tolleranza del dolore quali: diminuzione dei sintomi, sonno, tranquillità - fisioterapia, terapia di rilassamento, di comprensione/empatia, compagnia e ascolto, innalzamento dell'umore. (livello di evidenza 4)

- aspetti spirituali: la spiritualità si riferisce ad idee di significato di scopo e di continuità della vita. Non implica sempre una componente religiosa.

Il dolore spirituale infatti è il risultato di esperienza di vita nei confronti della malattia che comporta un profondo cambiamento dei rapporti dell' individuo stesso riguardo innanzitutto l'impatto psicologico che esso comporta: come la non accettazione, dell'evento paura di essere "scoperti" dall'ambiente che abitualmente si frequenta, timore, una volta che l'ambiente ne è venuto a conoscenza di non essere accettato o tutt'al più commiserato. La valutazione spirituale risulta finalizzata dal concetto erroneo che "spirituale" equivalga a dire religioso; anche gli atei infatti possono avere necessità spirituali. I religiosi e i membri del team multidisciplinare debbono avere esperienza nell'andare incontro alle necessità spirituali in tal modo possono aiutare l'individuo nel trovare dei significati alla vita partendo da differenti prospettive di fede, oppure anche da nessuno.

Alcuni autori hanno affermato che questo tipo di sofferenza può eludere il dolore fisico pur non essendo necessariamente limitato ad esso. Non vi è dubbio che per alcuni la sofferenza possa avere significato, laddove per altri non abbia senso, diventando pertanto intollerabile. (livello di evidenza 4)

C per un effettivo controllo del dolore, devono essere valutate la sua dimensione fisica, funzionale, psicosociale e spirituale

I professionisti assistenziali innanzitutto dovrebbero essere in grado di conoscere il credo religioso dell'assistito e quindi di contattare le rappresentanze

TOLLERANZA AL DOLORE

La tolleranza varia considerevolmente tra i pazienti. Che cosa è sopportabile per un individuo potrebbe essere insopportabile per un altro (Livello di evidenza 3)

B la gravità del dolore e la sofferenza che ciò comporta al paziente, dovrebbero essere differenziate e ognuna trattata in maniera appropriata.

COME VALUTARE IL DOLORE

La diagnosi delle cause del dolore e del suo impatto funzionale e psicosociale, si ottiene mediante una valutazione completa basata sulla: (livello di evidenza 3)

ANAMNESI

- Una anamnesi dettagliata è fondamentale per una valutazione completa. Bisogna ascoltare attentamente il paziente e stabilire:
 - numero dei siti da cui origina il dolore
 - intensità e gravità
 - irradiazione
 - durata del dolore
 - qualità del dolore
 - fattori aggravanti ed in grado di alleviare il dolore
- eziologia: dolore causato dal tumore, dai trattamenti, associato alla debilitazione correlata alla malattia neoplastica oppure non riferibile alla neoplasia o alla terapia
- tipo di dolore : somatico, viscerale, neuropatico, simpatico mediato, angoscia
- assunzione di farmaci analgesici

- presenza di significativi disordini psicosociali clinici quali ansia e depressione

ESAME OBIETTIVO

idealmente questo dovrebbe raggiungere una diagnosi e stabilire il trattamento più efficace. Se il paziente è molto debole, potrà essere sufficiente esaminare esclusivamente l'area oggetto del dolore.

INDAGINI CLINICHE

Le indagini dovrebbero essere effettuate solo se ne consegue un beneficio per il paziente. Se il paziente è considerato in stadio terminale e tali indagini non comportando miglioramenti soggettivi od oggettivi, possono essere non effettuate.

Nei pazienti allo stadio terminale, l'indagine dovrebbe essere limitata solo al contenimento del sintomo.

STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE E LORO APPLICAZIONE

Strumento di valutazione del dolore e loro descrizione

scheda di valutazione del dolore ricordato: un questionario semplice, rapido da completare che misura l'intensità, il sollievo del dolore, lo stress psicologico. E' stato ideato per l'uso in ospedale.

Breve riassunto relativo al dolore (elaborato nel Wisconsin): ampiamente usato per le valutazioni del dolore nei vari ambiti culturali. Misura intensità e sollievo del dolore, disagio psicofisico e danno funzionale. Strumento utilizzato per gli studi di ricerca. Questa metodologia può essere applicata sia per la ricerca che per le strutture ospedaliere. Ne è stata inoltre utilizzata anche una variante ridotta.

Questionario del dolore di McGill: è stato uno dei primi strumenti di valutazione del dolore, e ne rivoluzionò la valutazione stessa. Lo schema completo è molto dettagliato e richiede molto tempo per essere compilato. Ne è disponibile anche una versione breve che viene usato nella ricerca.

Carta di registrazione al domicilio di McGill: creata per essere usata al domicilio.

(Livello di evidenza 3)

MISURE SEMPLICI DELL'INTENSITÀ DEL DOLORE

Scala numerica di graduazione: il paziente gradua il dolore su una scala numerica: da 1 a 10

Visualizzazione del punteggio: il paziente indica l'intensità del dolore su una linea di 10 cm marcata all'inizio con "assenza di dolore" e alla fine con "forte dolore".

Likert o graduazione verbale del punteggio: il paziente definisce il dolore verbalmente, esempio: nessuno, medio, moderato, grave. (vedi allegato 1)

Scheda di osservazione della Western General Hospital di Edimburgo: in corso di elaborazione in ambiente ospedaliero.

N.B. Scale non disponibili ad eccezione di quella di Likert in allegato 1

(Livello di evidenza 3)

STRUMENTO DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATA

Poiché il dolore presenta così tanti fattori confondenti, un approccio logico e l'uso di strumenti validati, possono essere di aiuto a chiarire i diversi aspetti del dolore di un paziente.

Una griglia del corpo in particolare, o persino semplici disegni in grado di fornire una descrizione grafica del dolore, possono essere usati specialmente nei casi in cui siano coinvolti membri diversi del team multidisciplinare.

Lo strumento di valutazione del dolore deve misurare:

intensità del dolore
sollievo dal dolore
disagio psicologico
danno funzionale

Il sommario degli strumenti disponibili e la loro applicazione è già stato precedentemente esposto; altri sono disponibili sul sito internet www.glmmed.org.

Gli strumenti di valutazione e i questionari non vengono usati di routine, mentre il ricorso ad essi andrebbe incoraggiato in tutti gli ambiti. (livello di evidenza 4)

B una valutazione semplice e formale dovrebbe essere utilizzata ad ogni ingresso del paziente per accertarne il dolore

Il gruppo di sviluppo delle linee guida raccomanda l'uso della scala di Likkert per la valutazione del dolore, vedi allegato 1. Tuttavia è riconosciuto che altri parametri (quali scale numeriche verbali e visive possono essere usati in funzione del paziente da trattare.

QUANDO VALUTARE IL DOLORE?

POPOLAZIONE

In molti casi il medico di base è il primo punto di contatto quando i pazienti si presentano con sintomi suggestivi di processo neoplastico quindi il dolore deve essere il primo sintomo enunciato per far sì che inizi l'iter di valutazione e quindi di trattamento.

L'importanza di una regolare valutazione del dolore e l'effetto di analgesici sullo stesso non possono essere enfatizzati.

Inutile sottolineare l'importanza di valutare il dolore ad intervalli regolari per stabilire l'efficacia degli analgesici. L'intervallo di tempo da stabilire per i successivi controlli dipende da circostanze individuali. Se il controllo del dolore risulta difficoltoso, potrà essere di ausilio chiedere al paziente di registrare personalmente quattro volte al giorno, a domicilio, l'entità del dolore utilizzando un metodo a lui congeniale.

Una improvvisa esacerbazione del dolore potrà richiedere un urgente visita domiciliare. La frequenza dei successivi controlli dipenderà dalla risposta al trattamento e dal piano di trattamento stabilito tra il paziente e le persone che si occupano di esso (assistenti, I.P., medico di famiglia). (Livello di evidenza 4)

C l'improvvisa comparsa di forte dolore in pazienti con neoplasia, dovrebbe essere riconosciuto da tutti gli operatori sanitari come una emergenza medica e i pazienti dovrebbero essere visitati e valutati senza ritardo né rinvio.

La mancanza di copertura totale del servizio di medicina generale può condurre a problemi di continuità e mancanza di comunicazione nel seguire questi pazienti. (livello di evidenza 4)

Le procedure per una rapida valutazione e gestione del dolore nel paziente neoplastico, dovrebbe essere la risultante della cooperazione con il medico di base, basata sulla valutazione immediata o sulla informazione telefonica.

DOLORE ACUTO IN OSPEDALE

La valutazione del dolore acuto manifestantesi in ospedale dovrebbe essere effettuata e schedata:

- all'ingresso, se il paziente lamenta dolore
- all'ingresso, se il paziente già sta assumendo analgesici
- prima di iniziare un nuovo protocollo terapeutico

Da quel momento in poi, una registrazione regolare del punteggio verbale del paziente può aiutare gli operatori sanitari a capire la gravità del dolore e monitorare la risposta agli analgesici. Una regolare valutazione del dolore rimane vitale, e l'esatta frequenza dipenderà dalla gravità del dolore e dalla sofferenza del paziente.

(Livello di evidenza 3)

OSTACOLI ALLA VALUTAZIONE DEL DOLORE

Per quanto riguarda il dolore, l'essere accuratamente "valutati" e in tal modo adeguatamente gestiti deve comprendere anche da parte degli operatori sanitari, la consapevolezza dell'esistenza di ostacoli legati alla complessità della valutazione del dolore.

Questo include: **E3-4**

- la natura multi dimensionale e soggettiva del dolore
- la mancanza di una definizione del dolore
- ansia o depressione
- la comunicazione non corretta fra il paziente e i professionisti:
 - scarsa comunicazione /riferimento del paziente
 - scarsa valutazione tra professionisti e assistito
 - difficoltà di lingua o etnia
 - sordità
 - deficit cognitivo
 - ridotto livello di coscienza
 - scarsa attitudine o deficit di conoscenza da parte dei sanitari nel gestire adeguatamente il dolore (livello di evidenza 3-4)

I bisogni di educazione nella valutazione nella primary care hanno dimostrato che molti medici di base e infermieri di comunità riconoscono le mancanze nella loro educazione e addestramento e sono desiderosi di accrescere le loro conoscenze, il loro saper fare e le loro attitudini nei confronti del dolore e controllo dei sintomi. (livello di evidenza 3)

B tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti neoplastici, dovrebbero essere educati e bene addestrati nella valutazione del dolore così come anche nei principi del suo controllo

BIBLIOGRAFIA SPECIFICA

National Clinical Guideline, "Control of pain in patient with cancer" , Scottish Intercollegiate Guidelines Network, publication number 44, june 2000'.

ALLEGATO 1

MINIMUM CORE DATA SET

Data Item	Field Name	Coding Details
Patient Details		
Patient surname	PATSNAME	
Patient forename	PATSFNAM	
Date of birth	DOB	
Patient address	PATADD	
Patient postcode	PATPCODE	
Unit number (hospital patient identifier)	UNITNUM	
CHI number	CHINUM	
Named GP	GP	
GP practice code	GPPRACT	
Named consultant	CLINAM	Record GMC number
Hospital of consultant	HOSP	
Pain Assessment		
Assessment date	ASSDATE	
Pain level	PAIN	1 = None 2 = Mild 3 = Moderate 4 = Severe 5 = Patient not assessed
Assessment performed by	ASSESSMENT	1 = Patient 2 = Hospital doctor 3 = GP 4 = Nurse 5 = Carer
Prescription Details		
Date of prescription	DATEPRES	
Type of analgesic	ANALTYPE	1 = Opioid 2 = Non-opioid
Name (analgesic)	ANALNAME	
Dose (analgesic)	ANALDOSE	mg
Frequency (analgesic)	ANALFREQ	1 = < 4hrs 2 = Every 4 hrs 3 = Every 6hrs 4 = Every 12 hrs 5 = Every 24 hrs 6 = Every 72 hrs 7 = As needed
Route of delivery (analgesic)	ANALROUT	1 = Oral 2 = Subcutaneous injection 3 = Intravenous 4 = Syringe driver 5 = Transdermal 6 = Suppository
Breakthrough medication	BRKNAME	
Dose (breakthrough)	BRKDOSE	in mg
Number of breakthrough doses used in the past 24 hours	BRKFREQ	0 - 8
Route of delivery (breakthrough)	BRKROUT	1 = Oral 2 = Subcutaneous injection 3 = Intravenous 4 = Suppository 5 = Intramuscular
NSAID	NSAID	1 = Yes 2 = No 3 = Contraindicated
Laxative	LAXATIVE	1 = Yes 2 = No
Form completed by	FORM	1 = Hospital doctor 2 = GP 3 = Nurse 4 = Carer