

GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE CUN ULCERE CUTANEE: NUOVE LINEE GUIDA

PRIMA GIORNATA

INTRODUZIONE AL CORSO: LE LINEE GUIDA

Obiettivi del corso

- 1) Acquisire le conoscenze necessarie per un corretto inquadramento del dolore nel paziente con ulcera cutanea.
- 2) Prendere confidenza con i sistemi di valutazione più usati in vulnologia per la gestione del dolore
- 3) Acquisire i principali strumenti per un corretto utilizzo delle medicazioni ed impostare una adeguata terapia farmacologia nel dolore da ulcera
- 4) Sviluppare una particolare sensibilità verso le metodiche di counselling per la gestione della problematica algologia in vulnologia

Si chiederà ai discenti di esporre in dibattito le criticità sull'argomento ricavate dall'analisi della attività assistenziale quotidiana.

Verranno presentate le Linee Guida promosse da AIUC ed AISLEC

FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE CUTANEO

Le componenti fisiopatologiche del dolore in corso di ulcerazione cutanea sono due: la nocicettiva e la neuropatica, variamente rappresentate configurando una sindrome algica multimodale che tende ad evolvere nel tempo.

Sappiamo che la differenza tra dolore acuto e cronico non è correlata ad una variabile temporale, ma è bensì collegata alla capacità o meno dell'organismo di guarire la lesione traumatica e di riportare nella norma le afferenze sensoriali e gli eventi scatenati nel sistema nervoso centrale. Questo vuol dire che i cosiddetti meccanismi di cronicizzazione si innescano in automatico nella fase acuta del dolore; diventa fondamentale riconoscere la sintomatologia e il meccanismo patogenetico della sindrome dolorosa in modo tempestivo. L'identificazione delle componenti nocicettiva e neuropatica del dolore di ferita è compito del clinico a prescindere dal ruolo professionale.

La cute perilesionale contribuisce alla amplificazione dello stimolo algogeno qualora interessata da processi infettivo-infiammatori.

Lo studio delle sensibilità perilesionali aiuta nel definire la compresenza di dolore neuropatico quando identifica allodinie primarie e secondarie.

ESPERIENZA DOLORE: IL VISSUTO DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

In questo primo momento di riflessione sul dolore verrà affrontata la tematica in termini generali, scollegata dalla patologia specifica. Il dolore diviene quindi sofferenza, solitudine, alterazione del tono dell'umore, riduzione dell'autostima, allontanamento dai rapporti sociali. Con il supporto della

specialista in psicoterapia, il tema sarà gestito in tre fasi, una prima in cui, mediante la tecnica del brain storming, si darà vita ad uno scambio fra docente e discenti in termini di sensazioni legate al tema dolore. Nella seconda fase i discenti saranno divisi in gruppi ed affronteranno il tema avendo il compito di rappresentarlo mediante tecniche diverse: un gruppo attraverso il disegno, uno con una rappresentazione teatrale, uno con il canto, uno con la poesia ecc. La terza fase è dedicata alla condivisione delle esperienze ed il confronto del vissuto di ciascuno all'interno della propria rappresentazione e come spettatore di quella degli altri.

CLINICA E DIAGNOSI DELL'ULCERA DOLOROSA

La valutazione del dolore in corso di ulcerazione cutanea deve necessariamente comprendere l'inquadramento clinico generale della persona. È un dato ormai consolidato che l'ulcera cutanea sia l'epifenomeno di una malattia sottostante, generalmente con componente vascolare. Pertanto l'approccio al paziente con lesione ulcerativa dolorosa deve essere globale ovvero olistico come sostenuto da una recente ed ampia letteratura. Il quadro clinico generale può determinare peggioramento del dolore di ferita e questo può essere causa di scompenso clinico generale e ritardo della riparazione locale.

L'ulcera cutanea può essere dolorosa per quattro motivi principali:

a) etiologia, b) complicazione, c) causa iatrogena, d) stati emotivi

PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI E MODULAZIONE DISCENDENTE DEL DOLORE

Instaurare un rapporto empatico con la persona permette una reciproca maggior comprensione dei problemi ulcera correlati.

La necessità di maggior consapevolezza nell'assistenza al paziente con lesioni cutanee croniche è sentita da tempo. La cura del paziente richiede un valore aggiunto che è dato dall'essere con il paziente nell'ottica del "qui ed ora".

E' importante che il paziente percepisca che si è attenti al suo dolore, anticipare i problemi e fornire un'assistenza più attenta in vulnologia può voler dire diventare "presenti" nel dolore in modo da notarne i cambiamenti di intensità, di sensazione ed i pensieri che esso ci provoca.

Esistono tecniche di intervento che riducono la conduzione e percezione del dolore agendo sui sistemi superiori di controllo. Queste rientrano nel contesto relazionale ed ambientale ma soprattutto considerano la persona come parte attiva della cura: automedicazione, condivisione alla medicazione, educazione del paziente rappresentano i cardini di questa strategia.

SIMULAZIONE DI CASI CLINICI IN GRUPPI

In questo secondo momento di riflessione, il dolore è correlato alla patologia ulcerativa cutanea. Il binomio dolore-ulcera diviene inscindibile e studiato dai

gruppi utilizzando la tecnica dello psicodramma. Con la guida della specialista in psicologia e psicoterapia verrà rappresentata la tragedia greca di Sofocle, Filottete. Filottete è stato abbandonato, già da dieci anni, dai suoi compagni in viaggio per la guerra contro Troia, sull'isola di Lemno, a causa di una ferita infetta e puzzolente provocatagli da una vipera. Eroe distrutto, Filottete è puzzolente per animo e fallito in carriera, diffidente e bisognoso, mendicante e orgoglioso. Mediante l'artificio della rappresentazione teatrale, utilizzando l'espedito delle maschere, i discenti potranno far vivere in sala la tragedia del dolore-sofferenza, nascondendosi dietro l'oscurità del volto coperto.

Il climax odore, disgusto e solitudine della rappresentazione diventa motivo di riflessione e risonanza fra i discenti che alternano le loro sensazioni ora come attori, ora come spettatori. Si sviluppa così il tema pirandelliano della maschera che permette di sfiorare il tema del dolore nascosto in termini di paure sia dell'operatore che del paziente. L'alternanza spettatore - attore, paziente - operatore, ulcera – dolore permetterà una discussione di casi clinici focalizzando l'attenzione non soltanto sulla fisicità dell'ulcera ma anche sulle implicazioni psico-affettive che tale patologia porta con sé.

Esercitazioni pratiche: come gestire la contrarietà

Immersi nella natura notturna del parco antistante il fabbricato sede del corso, con l'ausilio dello psicologo e di un animatore per ragazzi, mediante l'espedito del gioco di gruppo, verrà trattato il tema del sentimento di avversità che potrebbe generarsi nell'operatore nei confronti del paziente. L'ora tarda e la suggestione del luogo naturale ed insolito, saranno da catalizzatori per stimolare riflessioni da sviluppare singolarmente e condividere con il gruppo.

SECONDA GIORNATA

Esercitazioni pratiche: esercitare l'ascolto

Questa prima ora di corso è dedicata all'applicazione di tecniche di rilassamento. Con l'ausilio della psicologa, esperta in tecniche di ipnosi, il gruppo apprenderà quanto è importante approcciare il paziente con tranquillità ed atteggiamento rilassato, inducendo quindi una importante ed utilissima sensazione di sicurezza, estremamente utile ai fini dell'alleanza terapeutica. Il rilassamento guidato avverrà all'aperto, a contatto con i suoni del mattino e della natura che si risveglia, nei medesimi luoghi in cui la sera prima sono stati affrontati temi antitetici, ovvero la paura e le tensioni emotive, con l'intento di maturare la consapevolezza dei sentimenti opposti, sfruttando la suggestione della realtà esterna da sé.

VALUTAZIONE DEL DOLORE IN VULNOLOGIA

Utilizzare sistematicamente uno strumento di valutazione quantitativa del dolore per valutare la presenza e l'intensità dello stesso.

La scelta del tipo di strumento da utilizzare non pare essere di fondamentale importanza rispetto all'operare una valutazione attenta, puntuale, adattabile al tipo di paziente e di contesto in cui si opera. Un fattore di vitale importanza nella valutazione è la conoscenza che si ha del paziente per essere in grado di scegliere lo strumento più corretto ed adeguato. Inoltre, se l'operatore non è preparato all'uso corretto di una determinata scala di valutazione, possono essere documentate informazioni errate.

Sebbene siano stati condotti numerosi studi allo scopo di confrontare le diverse scale unidimensionali, non vi sono evidenze scientifiche che dimostrino una concordanza fra gli strumenti o una sensibilità migliore assoluta di una scala rispetto ad un'altra. Pertanto la scelta dello strumento dipende dal contesto della valutazione e dalle caratteristiche del paziente.

Valutare il dolore alla prima visita ed eseguire delle rivalutazioni periodiche nel follow up in quanto la relazione terapeutica col malato rende la valutazione del dolore il più aderente alla realtà

Se la rilevazione globale alla prima visita permette un inquadramento etiologico dell'ulcera e del dolore, le successive consentono di ottimizzare il trattamento e di individuare con maggiore precisione quali possono essere i motivi del sintomo (dolore procedurale, dolore da complicanza, ecc). Un diario per una valutazione continua del dolore permette ai pazienti di stimare il proprio dolore in momenti specifici del giorno.

IL TRATTAMENTO LOCALE DELL'ULCERA DOLOROSA: LE INFEZIONI

In presenza di dolore da ulcera evidenziare eventuale presenza di squilibrio batterico e considerare in caso affermativo l'utilizzo di una medicazione con antisettico come primo approccio terapeutico.

Un'aumento del dolore e la degenerazione della ferita hanno dimostrato essere indicatori sufficienti d'infezione con una specificità pari al 100%.

Il tempestivo riconoscimento dell'infezione attraverso la clinica e l'esame obiettivo dell'ulcera, consente l'applicazione di appropriate terapie antimicrobiche con conseguente gestione della carica batterica e del dolore relativo. In accordo con le linee guida internazionali, localmente si consiglia l'uso di antisettico e non di antibiotico.

In assenza di segni clinici di colonizzazione/infezione, potrebbe essere preso in considerazione l'utilizzo topico di medicazioni con fans.

I lavori sull'utilizzo del FANS topico hanno dato risultati incoraggianti, anche se il numero esiguo di pazienti studiato impone una continua ricerca per identificare il target ottimale.

Particolare attenzione deve essere posta al paziente diabetico i cui i segni di infiammazione possono presentarsi attenuati.

IL TRATTAMENTO LOCALE DELL'ULCERA DOLOROSA: ELASTOCOMPRESSIONE E GESTIONE DELLA CUTE PERILESIONALE

In presenza di ulcera di origine venosa l'utilizzo del bendaggio è da prendere in considerazione in quanto gold standard del trattamento e come strumento per controllare il dolore di ferita.

Identificare e trattare la flogosi e la colonizzazione batterica della cute perilesionale con la medesima attenzione clinica che viene posta alla lesione cutanea per ridurre il dolore e migliorare la performance dell'ulcera.

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Nei pazienti affetti da sindromi dolorose di natura non maligna "*l'undertreatment*" è ancora più frequente che in quelli oncologici, a causa della persistenza di timori (largamente infondati) circa il rischio di tossicità, dipendenza fisica e tolleranza nei trattamenti a lungo termine. Le poche linee-guida disponibili sull'impiego degli oppioidi nel dolore cronico non maligno (DCNM) non permettono di formulare un giudizio definitivo.

Nel panorama farmacologico a disposizione, oltre ai comuni, e spesso abusati FANS, sono disponibili sostanze farmacologiche che agiscono anche sulla componente neuropatica del dolore (anticonvulsivanti, antidepressivi triciclici, stabilizzanti di membrana, BDZ, SSRI, gabapentinoidi). Ruolo centrale è rivestito dai farmaci oppiacei, deboli e forti, in diverse formulazioni e vie di somministrazione.

In particolari situazioni cliniche, caratterizzate dalla resistenza ai trattamenti farmacologici citati è possibile utilizzare misure analgesiche avanzate quali procedure loco regionali, sia perilesionali che periferiche o tronculari.

Particolare attenzione deve essere riservata all'utilizzo degli oppiacei, farmaci da non demonizzare ed assolutamente utili nel controllo del dolore. Tali farmaci vanno però impiegati con opportune conoscenze ed eventuale supervisione/approccio di personale esperto.

Esercitazioni pratiche: la percezione del contatto

A livello della modulazione discendente del dolore trovano collocazione importanti azioni assistenziali come la relazione d'aiuto, l'ascolto, l'educazione, l'automedicazione, il tocco e massaggio che possono contribuire a ridurre il dolore.

La necessità di maggior consapevolezza nell'assistenza al paziente con lesioni cutanee croniche è sentita da tempo. Gli infermieri devono imparare ad "esserci con il dolore del paziente", anziché fuggire, negare o sentirsi frustrati. La sensibilità acquisita dagli operatori del settore in tale ambito dovrebbe portare a considerare il dolore prioritario in ogni atto assistenziale. Instaurare un supporto olistico con le persone con piaghe può aumentare l'attenzione alla pratica riducendo il divario che c'è tra i diritti dei pazienti e l'inadeguatezza delle cure.

Il toccare ha un significato molto profondo e lontano nel tempo. Nella liturgia cattolica ad esempio l'imposizione delle mani è uno dei più importanti e più ripetuti gesti sacramentali ed assume differenti significati a seconda del contesto in cui si legge: dal battesimo al matrimonio all'estrema unzione.

L'infermiere, insieme all'operatore socio-sanitario e al medico, diviene colui che più di ogni altro tocca il malato: ogni azione assistenziale, ogni gesto di cura instaura un contatto intimo con il corpo. Tocchiamo, infatti, il corpo e la psiche del malato, esponendoci a un rapporto intimo e intenso. Nell'auscultare un torace, nel medicare una lesione da decubito, nell'esplorare l'addome del malato, nell'occuparci delle cure igieniche, nel massaggiare... possiamo inviare messaggi di vicinanza o distanza, di disponibilità o chiusura, di rassicurazione o insicurezza, possiamo rimandare all'esperienza del contenimento e del sostegno o della prevaricazione e della violenza.

Una mano prudente, rispettosa, che sa toccare, comunicando diversi gradi di empatia, a seconda della necessità della persona, conferma a quest'ultima che si ha cura di lei.

Questo contatto può scatenare emozioni forti in chi assiste ed è importante quindi che l'operatore conosca bene se stesso, le proprie emozioni, le proprie paure, repulsioni, proiezioni ai fini di creare una vera relazione con il corpo malato erogando una cura che apre alla fiducia e ci permette di entrare in contatto con la persona nella sua interezza.

Lavare un arto, idratare la cute con una crema, medicare un lesione possono divenire oltre che atti tecnici dei momenti di condivisione e di stimolazione dei centri nervosi periferici con beneficio e riduzione del dolore globale.

Test finale e Discussione

Si conclude così il percorso formativo, cominciato con una presa di coscienza della problematica dolore intesa nella sua globalità del termine e transitato attraverso la consueta metodica di approccio clinico: dalla conoscenza dei meccanismi fisiopatologici alla ricerca della diagnosi per approdare al trattamento. È stata affrontata in modo trasversale attraverso tutto il corso, l'importanza della sfera emotivo-relazionale del paziente e dell'operatore. Grande accento viene data alla modulazione discendente del dolore attraverso tecniche di counselling e di attenzione alla persona secondo la filosofia del "qui ed ora".