

62 Dolore acuto**Attività**

- Spiegare la necessità di evitare l'assunzione non necessaria di antibiotici.

Razionale

Molti antibiotici riducono la normale flora batterica del tratto intestinale e causano il moltiplicarsi dei batteri più nocivi. Integrazioni di batteri benefici (per esempio, yogurt) possono ridurre la diarrea e i sintomi associati agli antibiotici.

**NANDA-I
DI****Dolore acuto (00132)**

Definizione: esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, con un termine previsto o prevedibile.

Il dolore è un'esperienza altamente soggettiva in cui una persona può provare una varietà di sensazioni sgradevoli e a una vasta gamma di fattori che provocano dolore. Il dolore acuto svolge una funzione protettiva rendendo la persona consapevole di una lesione o di una malattia. L'improvvisa comparsa di dolore acuto induce la persona a cercare sollievo. Le manifestazioni fisiologiche che si verificano in presenza di dolore acuto derivano dalla risposta del corpo al dolore come fattore di stress. Il background culturale, le emozioni e l'angoscia psicologica o spirituale possono contribuire alla sofferenza correlata al dolore acuto. La valutazione del dolore può essere difficile, in particolare negli anziani, nei quali sono comuni le compromissioni cognitive e i deficit sensoriali-percettivi. Questo piano di assistenza infermieristica si concentra sulla valutazione e sulla gestione del dolore acuto in ambito ospedaliero o di assistenza domiciliare.

Fattori correlati più frequenti

- Dolore derivante da problemi di salute
- Dolore derivante da procedure diagnostiche o trattamenti medici
- Dolore derivante da un trauma
- Dolore derivante da stress emotivo, psicologico, spirituale o culturale

Caratteristiche definenti

- Espressione verbale di dolore
- Comportamento di vigilanza, a protezione di una parte del corpo
- Concentrato su di sé
- Focus ristretto (per esempio, alterata percezione del tempo, rifiuto del contatto sociale o fisico)
- Comportamento di sollievo o distrazione (per esempio, gemere, piangere, movimenti cadenzati, ricerca di altre persone o attività, irrequietezza)
- Maschera facciale di dolore
- Alterazione del tono muscolare: svogliatezza o flaccidità; rigidità o tensione
- Risposte autonome (per esempio, sudorazione, cambiamenti nella pressione arteriosa, frequenza cardiaca, dilatazione pupillare, variazione della frequenza respiratoria, pallore, nausea)

Risultati attesi più frequenti

- L'assistito riferisce un soddisfacente controllo del dolore a un livello inferiore a 3-4 su una scala di valutazione da 0 a 10 punti.
- L'assistito utilizza strategie farmacologiche e non farmacologiche di sollievo dal dolore.
- L'assistito mostra un aumento del benessere, come evidenziato da polso, pressione arteriosa e frequenza respiratoria ai valori di riferimento e da tono muscolare o postura del corpo rilassati.

Risultati NOC

Stato di benessere (2008); Risposta ai farmaci (2301); Controllo del dolore (1605)

Interventi NIC

Somministrazione di analgesici (2210); Gestione del dolore (1400); Assistenza all'analgesia controllata dall'assistito (2400)

Valutazione continua

Attività

- Valutare le caratteristiche del dolore:
 - Qualità (per esempio, acuto, bruciante, lancinante).
 - Gravità (scala da 0 [nessun dolore] a 10 [dolore più grave]).
 - Posizione (descrizione anatomica).
 - Insorgenza (graduale o improvvisa).
 - Durata (per quanto tempo, intermittente o continua).
 - Fattori precipitanti o allevianti.
- Valutare per segni e sintomi associati al dolore.

- Valutare la risposta dell'assistito al dolore e le strategie di gestione del dolore.

- Valutare in che misura i fattori culturali, ambientali, intrapersonali e intrapsichici possono contribuire al dolore o al sollievo dal dolore.

- Valutare che cosa significa il dolore per l'assistito.

- Valutare le aspettative dell'assistito in relazione al sollievo dal dolore.

- Valutare la volontà o la capacità dell'assistito di esplorare una serie di tecniche volte a controllare il dolore.

Razionale

Valutare l'esperienza del dolore costituisce il primo passo nella pianificazione di strategie per la gestione del dolore. L'assistito è la fonte più affidabile di informazioni circa il dolore che prova.

Per identificare l'entità del dolore possono essere utilizzate una scala analogica visiva o altre scale descrittive.

Alcune persone negano l'esperienza del dolore anche quando è presente. Nella valutazione del dolore l'attenzione ai segni a esso associati può aiutare l'infermiere. L'assistito colpito da dolore acuto può presentare valori di pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura elevati. La cute dell'assistito può essere pallida e fredda al tatto. La persona può essere irrequieta e avere difficoltà di concentrazione.

È importante aiutare gli assistiti a spiegare l'effetto delle misure di sollievo dal dolore per quanto possibile in modo reale (cioè, senza gli effetti correlati a umore, emozioni o ansia). Le discrepanze tra il comportamento o l'aspetto e ciò che l'assistito riferisce in relazione al sollievo dal dolore (o alla sua assenza) può essere più un riflesso di altre strategie che l'assistito sta usando per affrontare il dolore, piuttosto che della regressione del dolore stesso.

Queste variabili possono modificare il racconto dell'assistito della sua esperienza. Per esempio, alcune culture esprimono apertamente sentimenti, mentre altre frenano tale espressione. Tuttavia, i professionisti della salute non dovrebbero stereotipare alcuna risposta dell'assistito, ma piuttosto valutarne la risposta individuale.

Il significato del dolore influenzerà direttamente la risposta dell'assistito. Alcuni assistiti, soprattutto coloro che sono in fase terminale, possono ritenere che "l'atto del soffrire" risponda a un bisogno spirituale.

Alcuni assistiti possono essere contenti quando avvertono una riduzione del dolore; altri si aspettano la completa eliminazione del dolore. Questo influenza la loro percezione dell'efficacia delle modalità di trattamento e la loro disponibilità a partecipare a ulteriori trattamenti.

Alcuni assistiti possono non essere a conoscenza dell'efficacia dei metodi non farmacologici e possono essere disposti a provarli, insieme o in sostituzione dei tradizionali farmaci analgesici. Spesso una

Attività

- Valutare l'appropriatezza della modalità terapeutica dell'analgia controllata dall'assistito (PCA, *patient-controlled analgesia*) per ciascun assistito.

Se la persona è in analgesia controllata dall'assistito, valutare quanto segue:

- Confrontare la quantità di analgesico che l'assistito sta usando con le sue espressioni verbali e non verbali di dolore.
- Le possibili complicanze dell'analgia controllata dall'assistito come un'eccessiva sedazione; difficoltà respiratorie; ritenzione urinaria; nausea e vomito; stipsi; dolore, arrossamento e gonfiore al sito ev.

Se la persona sta ricevendo l'analgia epidurale, valutare quanto segue:

- Intorpidimento, formicolio agli arti, gusto metallico in bocca.
- Possibili complicanze dell'analgia epidurale, come eccessiva sedazione, difficoltà respiratorie, ritenzione urinaria o dislocazione del catetere.

Razionale (continua)

combinazione di terapie (per esempio, lievi analgesici insieme a distrazione o calore) può essere più efficace. Alcuni assistiti si sentono a disagio nell'esplorare metodi alternativi di sollievo dal dolore. Tuttavia, gli assistiti devono essere informati che esistono molte strategie per gestire il dolore.

L'analgia controllata dall'assistito è l'infusione ev di un oppioide (in genere morfina o meperidina) attraverso una pompa di infusione che è controllata dall'assistito. Questo permette all'assistito di gestire il sollievo dal dolore entro i limiti prescritti. I criteri per l'attuazione dell'analgia controllata dall'assistito includono: nessuna storia di abuso di sostanze; nessuna allergia agli analgesici oppioidi; nessun deficit cognitivo o sensoriale; cooperante e motivato all'uso; nessuna storia di insufficienza renale, epatica o di malattie respiratorie; destrezza manuale; e nessuna storia di disturbo psichiatrico grave. In ambito di hospice o domiciliare, per aiutare l'assistito a gestire l'infusione può essere necessaria la collaborazione un infermiere o di un caregiver.

Se le richieste di farmaci sono abbastanza frequenti, per promuovere il sollievo dal dolore può essere necessario aumentare il dosaggio del farmaco. Se le richieste sono molto basse, l'assistito può aver bisogno di ulteriori istruzioni sull'utilizzo corretto dell'analgia controllata dall'assistito.

La valutazione precoce delle complicanze è necessario per evitare le gravi reazioni avverse agli analgesici oppioidi.

Questi sintomi possono essere indicatori di una reazione allergica all'agente anestetico o di un improprio posizionamento del catetere.

La difficoltà respiratoria e l'infusione intravascolare dell'anestetico (derivante dalla dislocazione del catetere) possono creare un potenziale pericolo di vita.

Interventi terapeutici infermieristici

Attività

- Anticipare la necessità di alleviare il dolore.
- Rispondere immediatamente alle segnalazioni di dolore.

Razionale

Si può più efficacemente affrontare il dolore prevenendolo. Un intervento precoce può ridurre la quantità totale di analgesico richiesto.

Nell'acme dell'esperienza dolorosa, un assistito può avere una percezione del tempo distorta. L'ansia e la paura per il ritardo nel sollievo dal dolore possono esacerbare l'esperienza dolorosa. Risposte ra-

Attività

- Eliminare fattori di stress o fonti di disagio aggiuntivi, quando possibile.
- Fornire periodi di riposo per favorire il benessere, il sonno e il rilassamento.
- ▲ Determinare l'appropriato metodo di sollievo dal dolore.

I metodi farmacologici comprendono i seguenti:

- Non oppioidi (paracetamolo), un FANS non selettivo o un FANS selettivo (per esempio, inibitore della cicloossigenasi-2 [COX-2]).
- Analgesici oppioidi.
- Agenti anestetici locali.

I metodi non farmacologici comprendono i seguenti:

- Strategie cognitivo-comportamentali, quali:
 - Immaginazione guidata.
- Tecniche di distrazione.
- Esercizi di rilassamento, biofeedback, esercizi di respirazione, musicoterapia.

Stimolazione cutanea come segue:

- Massaggio della zona interessata, se appropriato.

Razionale (*continua*)

pide alle espressioni di dolore possono causare una riduzione dell'ansia dell'assistito. La preoccupazione dimostrata per il benessere e il comfort dell'assistito favorisce lo sviluppo di un rapporto di fiducia.

Gli assistiti possono sperimentare un'esacerbazione del dolore o una diminuzione della capacità di tollerare gli stimoli dolorosi quando sottoposti a ulteriori fattori di stress ambientali, intrapersonali o intrapsichici.

Le esperienze di dolore dell'assistito possono esacerbarsi come risultato della fatigue. Ciclicamente, il dolore può portare a fatigue, che può provocare esacerbazione del dolore e sfinitimento. Un ambiente tranquillo, una stanza buia e il telefono staccato sono tutti provvedimenti volti a favorire il riposo.

Salvo controindicazioni, tutti gli assistiti con dolore acuto dovrebbero ricevere un analgesico non oppioide in dosi terapeutiche efficaci quotidianamente.

I FANS agiscono nei tessuti periferici. Alcuni bloccano la sintesi delle prostaglandine, che stimolano i nocicettori. Sono efficaci nella gestione del dolore da lieve a moderata.

Gli oppioidi possono essere somministrati per via orale, per via endovenosa, per via sistemica da sistemi di analgesia controllata dall'assistito o epidurali (sia come bolo sia in infusione continua). Le iniezioni intramuscolari non sono assorbite in maniera affidabile. Gli oppioidi sono indicati soprattutto per il dolore grave, soprattutto in ambito di hospice o a domicilio.

Gli anestetici locali bloccano la trasmissione del dolore e sono utilizzati per il dolore in specifiche aree di diramazione delle fibre nervose.

L'uso di un'immagine mentale o di un evento frutto dell'immaginazione coinvolge i cinque sensi ed è utile per distrarsi dagli stimoli dolorosi.

Queste tecniche accrescono la concentrazione della persona su stimoli non dolorosi in modo da ridurre la consapevolezza e l'esperienza del dolore. Alcuni metodi prevedono la modifica della respirazione e la stimolazione del nervo.

Queste tecniche sono utilizzate per portare a uno stato di consapevolezza fisica e mentale e alla tranquillità. Lo scopo di queste tecniche è ridurre la tensione e, successivamente, ridurre il dolore.

Il massaggio interrompe la trasmissione del dolore, aumenta i livelli di endorfine e riduce l'edema tissutale. Questa modalità può richiedere l'intervento di un'altra persona che esegua il massaggio.

66 Dolore acuto**Attività**

- Stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*).
 - Impacco caldi o freddi.
- ▲ Somministrare gli analgesici come prescritto, valutarne l'efficacia e osservare eventuali segni e sintomi di effetti indesiderati.
- Riferire al medico se gli interventi non hanno avuto successo o se il malessere attuale rappresenta un significativo cambiamento del dolore dell'assistito rispetto all'esperienza passata.
 - Quando possibile, rassicurare la persona sul fatto che la presenza di dolore è limitata nel tempo e che per alleviarlo è disponibile più di un approccio.

Se la persona è in analgesia controllata dall'assistito:

- ▲ Dedicare l'uso di una linea ev solo alla PCA; consultare un farmacista prima di mescolare altri farmaci con gli oppioidi da infondere.

Se l'assistito è in analgesia epidurale:

- Etichettare in modo chiaro tutti i tubi (per esempio, catetere epidurale, tubi ev al catetere epidurale) per evitare la somministrazione accidentale di liquidi o farmaci inappropriati nello spazio epidurale.

Se la persona è in analgesia controllata dall'assistito o in analgesia epidurale:

- Tenere prontamente disponibili il naloxone o altri agenti antagonisti degli oppioidi.
- Apporre sopra il letto un cartello "No analgesia supplementare".

Razionale

La TENS richiede l'applicazione di 2-4 elettrodi cutanei. La riduzione del dolore avviene attraverso una lieve corrente elettrica. L'assistito è in grado di regolare l'intensità e la frequenza della stimolazione elettrica.

Il calore riduce il dolore attraverso il miglioramento dell'apporto ematico alla zona e attraverso la riduzione dei riflessi di dolore. Il freddo riduce dolore, infiammazione e spasticità muscolare diminuendo il rilascio di sostanze chimiche che inducono il dolore e rallentando la conduzione degli impulsi dolorosi.

I farmaci analgesici vengono assorbiti e metabolizzati in modo diverso da ciascun assistito, quindi la loro efficacia deve essere valutata con la singola persona. Gli analgesici possono causare effetti collaterali che spaziano da lievi a gravi, tali da compromettere le funzioni vitali dell'assistito.

Gli assistiti che chiedono farmaci per il dolore a intervalli più frequenti di quelli prescritti possono avere la necessità di dosi più elevate o di analgesici più potenti.

Quando il dolore è percepito come durevole e irrisolvibile, l'assistito può rinunciare ad affrontarlo o provare un senso di mancanza di speranza e perdita di controllo.

Sono possibili incompatibilità ev.

L'uso inappropriato di un catetere epidurale può causare danni neurologici o infezione.

In caso di depressione respiratoria, questi farmaci invertono l'effetto dell'oppioide.

Questa segnalazione impedisce il sovradosaggio accidentale dell'analgesico.

Educazione alla salute/Continuità assistenziale**Attività**

- Fornire informazioni anticipatorie sulle cause del dolore, la prevenzione appropriata e le misure di sollievo.
- Educare l'assistito a valutare e a riferire l'efficacia delle misure adottate.

Razionale

La conoscenza di cosa può aspettarsi può aiutare l'assistito a sviluppare strategie di coping efficaci per la gestione del dolore. Gli assistiti hanno la necessità di imparare l'importanza di segnalare precocemente la comparsa di dolore per ottenere un sollievo più efficace.

Le strategie di sollievo dal dolore possono essere modificate per promuovere livelli di benessere migliori.

Attività

- Insegnare all'assistito la durata dell'efficacia della dose di farmaco in relazione alle attività che potenzialmente comportano disagio e la prevenzione dei periodi di picco di dolore.

Se la persona è in analgesia controllata dall'assistito o in analgesia epidurale:

- Educare l'assistito prima dell'intervento. Insegnargli lo scopo, i benefici, le tecniche di utilizzo e di azionamento necessarie per la linea ev (solo per l'analgesia controllata dall'assistito), le altre alternative per il controllo del dolore e la necessità di segnalare all'infermiere l'attivazione dell'allarme della pompa infusoriale e la comparsa di effetti indesiderati.

Razionale

Gli assistiti hanno bisogno di imparare a usare le strategie di sollievo dal dolore per ridurre al minimo l'esperienza del dolore.

Con l'analgesia controllata dall'assistito, la gestione efficace del dolore richiede che l'assistito sappia come usare l'apparecchiatura. Gli effetti dell'anestesia non dovrebbero compromettere l'insegnamento.

**NANDA-I
DI****Dolore cronico (00133)**

Definizione: esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale, o che viene descritta nei termini di tale danno (International Association for the Study of Pain); insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a grave, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 3 mesi.

Il dolore cronico può essere classificato come dolore cronico oncologico o dolore cronico non oncologico (http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1257_allegato.pdf). Nel primo, il dolore è associato a una causa specifica come il cancro. Con il dolore cronico non oncologico, il danno tissutale originale non è progressivo o è guarito, ma l'assistito continua a provare dolore. Identificare una causa organica per questo tipo di dolore cronico è più difficile.

Il dolore cronico differisce dal dolore acuto poiché per l'assistito è più difficile fornire informazioni specifiche sulla posizione e sull'intensità del dolore. Con il tempo, per l'assistito diventa più problematico differenziare la posizione esatta del dolore e identificare chiaramente la sua intensità. L'assistito con dolore cronico spesso non presenta i comportamenti e cambiamenti fisiologici associati al dolore acuto. Familiari, amici, colleghi di lavoro, datori di lavoro e professionisti della salute mettono in discussione la legittimità dei resoconti dell'assistito in relazione al dolore, perché l'assistito può apparire diverso da chi soffre di dolore. La persona può essere accusata di usare il dolore per attirare l'attenzione o per evitare le responsabilità occupazionali e familiari. Con il dolore cronico, di solito il livello di sofferenza dell'assistito aumenta nel tempo. Il dolore cronico può avere un profondo impatto sulle attività della vita quotidiana, quali mobilità, tolleranza all'attività, capacità di lavoro, prestazioni ruolo, situazione economica, umore, stato emozionale, spiritualità, interazioni familiari e interazioni sociali dell'assistito.

Fattori correlati più frequenti

- Disabilità fisica cronica
- Disabilità psicosociale cronica

Caratteristiche definenti

- Espressione verbale di dolore
- Comportamento di vigilanza, a protezione di una parte del corpo
- Concentrato su di sé
- Irritabilità, irrequietezza
- Variazioni di peso corporeo
- Anoressia
- Alterazioni del modello di sonno
- Fatigue
- Paura di nuove lesioni
- Ridotta interazione con gli altri
- Depressione

■ = Autonomi ▲ = Integrati

Risultati attesi più frequenti

- L'assistito riferisce dolore a un livello inferiore a 3-4 su una scala di valutazione da 0 a 10 punti.
- L'assistito utilizza strategie farmacologiche e non farmacologiche di sollievo dal dolore.
- L'assistito si impegna nelle attività desiderate senza che il livello di dolore aumenti.

Caratteristiche definenti (continua)

- Compromessa capacità di proseguire le attività già iniziate
- Atrofia del gruppo muscolare coinvolto
- Risposte mediate dal simpatico (per esempio, temperatura, freddo, cambiamenti di posizione del corpo, ipersensibilità)

Risultati NOC

Controllo del dolore (1605); Qualità della vita (2000); Coping della famiglia (2600)

Interventi NIC

Gestione del dolore (1400); Gestione dei farmaci (2380); Digitoppressione (1320); Applicazione di calore e di freddo (1380); Rilassamento muscolare progressivo (1460); Stimolazione elettrica percutanea di un nervo (TENS) (1540); Massaggio (1480)

Valutazione continua**Attività**

- Valutare le caratteristiche del dolore:
 - Qualità (per esempio, acuto, lancinante).
 - Gravità (scala da 0 [nessun dolore] a 10 [dolore più grave]).
 - Sede (descrizione anatomica).
 - Insorgenza (graduale o improvvisa).
 - Durata (per esempio, continuo, intermittente).
 - Fattori precipitanti.
 - Fattori allevianti.
- Valutare i segni e sintomi associati al dolore cronico come fatigue, diminuzione dell'appetito, perdita di peso corporeo, cambiamenti nella postura del corpo, modello di sonno disturbato, ansia, irritabilità, irrequietezza o depressione.
- Valutare la percezione che ha l'assistito dell'efficacia dei metodi utilizzati in passato per alleviare il dolore.
- Valutare i fattori correlati al genere, culturali, sociali e religiosi che possono influenzare l'esperienza del dolore dell'assistito e la risposta al sollievo dal dolore.

Razionale

La fonte più affidabile di informazioni sull'esperienza di dolore cronico è il resoconto fatto dall'assistito. La valutazione sistematica e la documentazione delle esperienze di dolore cronico forniscono le indicazioni per il piano terapeutico di gestione del dolore.

Gli assistiti con dolore cronico potrebbero non presentare i cambiamenti fisiologici e comportamentali associati al dolore acuto. Frequenza cardiaca e pressione arteriosa, di solito, rientrano nei valori normali. Rispetto al dolore acuto, per l'assistito con dolore cronico il comportamento di vigilanza può tradursi in un cambiamento posturale persistente. Affrontare il dolore cronico può esaurire l'energia dell'assistito impedendogli di compiere altre attività. L'assistito si presenta spesso stanco, con un'espressione facciale tesa e inespressiva.

Gli assistiti con dolore cronico hanno una lunga storia di utilizzo di molti metodi, farmacologici e non, di controllo del dolore. Un piano efficace di gestione del dolore si baserà sulla precedente esperienza dell'assistito con le strategie di sollievo dolore.

Comprendere le variabili che influenzano l'esperienza di dolore dell'assistito può essere utile per sviluppare un piano di assistenza che per lui sia accettabile. Il retaggio culturale dell'assistito influenzerà il signifi-

Attività

- Valutare le aspettative dell'assistito circa il sollievo dal dolore.
- Valutare la posizione dell'assistito verso i metodi farmacologici e non farmacologici di gestione del dolore.
- Per le persone che assumono analgesici oppioidi, valutare effetti collaterali, dipendenza e la tolleranza.
- Valutare la capacità dell'assistito di svolgere le attività della vita quotidiana, le attività strumentali della vita quotidiana e di rispondere alle esigenze della vita quotidiana.

Razionale (continua)

ficato del dolore, le espressioni di sofferenza associata a dolore e la scelta delle strategie di gestione del dolore.

L'assistito afflitto da dolore cronico non può aspettarsi la sua completa scomparsa, ma può essere soddisfatto da una diminuzione della gravità del dolore e da un aumento del livello di attività.

Gli assistiti possono mettere in discussione l'efficacia degli interventi non farmacologici per il dolore e considerare quello farmacologico l'unico trattamento possibile. Gli assistiti possono avere idee sbagliate in materia di terapie alternative e complementari per il sollievo dal dolore.

Nella gestione a lungo termine del dolore cronico la dipendenza da farmaci e la tolleranza agli analgesici oppioidi sono fonti di preoccupazione. L'assistito e i suoi familiari possono avere idee errate e paure correlate a tolleranza, dipendenza e assuefazione ai farmaci.

Fatigue, ansia e depressione associate al dolore cronico possono limitare la capacità della persona di completare le attività di cura di sé e di assolvere le responsabilità di ruolo.

Interventi terapeutici infermieristici

Attività

- Incoraggiare l'assistito a compilare un diario del dolore che aiuti a identificare i fattori aggravanti e allevianti il dolore cronico.
- Riconoscere e comunicare accettazione dell'esperienza dolorosa dell'assistito.
- Aiutare l'assistito a prendere le decisioni sulla scelta di una particolare strategia di gestione del dolore.
- ▲ Indirizzare l'assistito a un fisioterapista per una valutazione.

Razionale

La conoscenza sui fattori che influenzano l'esperienza di dolore può guidare l'assistito nel prendere decisioni sulle modifiche dello stile di vita che favoriscono una gestione del dolore più efficace.

In passato l'assistito può aver avuto esperienze negative correlate agli atteggiamenti dei professionisti della salute verso la propria esperienza di dolore. Comunicare l'accettazione del dolore dell'assistito favorisce un rapporto infermiere-assistito più cooperativo.

Orientamento e sostegno da parte dell'infermiere possono aumentare la volontà dell'assistito di scegliere nuovi interventi per promuovere il sollievo dal dolore. Si può rivelare più efficace la combinazione di terapie non farmacologiche con farmaci analgesici. I farmaci non oppioidi sono quelli preferiti a causa del loro basso profilo di effetti collaterali, soprattutto tra le persone più anziane. Per raggiungere un livello consistente di sollievo dal dolore e il benessere, i farmaci devono essere somministrati a dosi terapeutiche giornaliere. La via orale è quella preferita.

Il fisioterapista può aiutare l'assistito con esercizi per promuovere la forza muscolare e la mobilità articolare e con terapie per favorire il rilassamento dei muscoli in tensione. Questi interventi possono contribuire all'efficace gestione del dolore.

Attività

- Educare l'assistito e i suoi familiari sul dolore cronico e sulle opzioni disponibili per la sua gestione.
- Insegnare all'assistito e ai suoi familiari a usare strategie non farmacologiche per la gestione del dolore:
 - Impacchi freddi.
 - Impacchi caldi.
 - Massaggio della zona dolente.
 - Rilassamento progressivo, immaginazione e musica.
 - Distrazione.
 - Digitopressione.

Razionale

La mancanza di conoscenze sulle caratteristiche del dolore cronico e sulle strategie per gestirlo può peggiorare la qualità della vita dell'assistito e contribuire ad aggravare l'esperienza relativa al dolore.

La conoscenza di come implementare le strategie non farmacologiche di gestione del dolore può aiutare l'assistito e i familiari a trarre il massimo beneficio da questi interventi.

Il freddo riduce dolore, infiammazione e spasticità muscolare diminuendo il rilascio di sostanze chimiche dolore che inducono il dolore e rallentando la conduzione degli impulsi dolorosi. Questo intervento ha un buon rapporto costo/efficacia e non richiede attrezzature speciali. Le applicazioni di freddo dovrebbero durare circa 20-30 minuti ogni ora.

Il caldo riduce il dolore attraverso il miglioramento dell'apporto ematico alla zona e attraverso la riduzione dei riflessi del dolore. Questo intervento ha un buon rapporto costo/efficacia e non richiede attrezzature speciali. Le applicazioni di caldo dovrebbero durare non più di 20 minuti ogni ora. Con questo intervento deve essere posta particolare attenzione alla prevenzione delle scottature.

Il massaggio interrompe la trasmissione del dolore, aumenta i livelli di endorfine e riduce l'edema tissutale. Questo intervento può richiedere che sia un'altra persona a effettuare il massaggio. Molte polizze di assicurazione sanitaria non prevedono il rimborso del costo del massaggio terapeutico.

Queste tecniche per la gestione del dolore ad azione centrale agiscono attraverso la riduzione della tensione e dello stress muscolare. L'assistito può avvertire un maggiore senso di controllo del dolore. L'immaginazione guidata può aiutare l'assistito a esplorare immagini su dolore, sollievo dal dolore e guarigione. Per risultare efficaci, queste tecniche richiedono pratica.

La distrazione è una strategia di gestione temporanea del dolore che agisce aumentando la soglia del dolore. Dovrebbe essere usata per breve tempo, di solito inferiore a 2 ore per ciascuna sessione. L'uso prolungato può aggiungere fatigue e provocare un aumento del dolore, quando la distrazione cessa.

La digitopressione comporta la pressione delle dita applicata nei punti di digitopressione sul corpo. Con riferimento alla teoria del cancello, la tecnica funziona interrompendo la trasmissione del dolore "chiudendo il cancello". Quest'approccio richiede addestramento e pratica.

Attività

- Stimolazione elettrica nervosa transcutanea (TENS).
- Insegnare all'assistito e ai suoi familiari l'uso di interventi farmacologici per la gestione del dolore:
- Non oppioidi (acetaminofene); FANS non selettivi e selettivi (inibitore della ciclossigenasi-2 [COX-2]).
- Analgesici oppiacei (narcotici).
- Antidepressivi.
 - Anticonvulsivanti.
- Aiutare l'assistito e i suoi familiari per individuare le modifiche dello stile di vita che possono contribuire all'efficace gestione del dolore. Invitare l'assistito a pianificare le attività durante i periodi di maggior sollievo dal dolore.
- Indirizzare l'assistito e i suoi familiari a gruppi di sostegno della comunità e a gruppi di auto-aiuto per persone afflitte da dolore cronico.

Razionale

La TENS richiede l'applicazione di 2-4 elettrodi cutanei. La riduzione del dolore avviene grazie a una lieve corrente elettrica. L'assistito è in grado di regolare l'intensità e la frequenza della stimolazione elettrica.

Questi farmaci sono il primo passo di una scala analgesica. Agiscono nei tessuti periferici inibendo la sintesi delle prostaglandine che causano dolore, infiammazione ed edema. Questi farmaci hanno i vantaggi di poter essere assunti per via orale e di non essere associati a dipendenza o ad assuefazione. Per fornire un livello consistente di sollievo dal dolore dovrebbero essere assunti a dosi terapeutiche giornaliere.

Questi farmaci agiscono sul sistema nervoso centrale riducendo il dolore attraverso il loro legame ai recettori oppiacei in tutto il corpo. Gli effetti collaterali associati a questo gruppo di farmaci tendono a essere più significativi rispetto a quelli dei FANS. Nausea, vomito, stipsi, sedazione, depressione respiratoria, tolleranza e dipendenza sono fonti di preoccupazione per le persone che ricorrono a questi farmaci per la gestione del dolore cronico.

Antidepressivi e anticonvulsivanti possono essere utili associazioni in un programma globale di gestione del dolore, in particolare per chi presenta dolore cronico neuropatico. In aggiunta ai loro effetti sull'umore dell'assistito, gli antidepressivi possono avere anche proprietà analgesiche, oltre alla loro azione antidepressiva.

Per promuovere una gestione più efficace del dolore possono essere necessari cambiamenti delle routine di lavoro, delle responsabilità domestiche e dell'ambiente fisico a domicilio. Fornire all'assistito e ai suoi familiari un sostegno e una guida continui aumenterà il successo di queste strategie.

La partecipazione alla rete di sostegno sociale dell'assistito può ridurre il fardello di sofferenza associata al dolore cronico e fornire ulteriori risorse.

Piani di assistenza infermieristica correlati

- 00132 Dolore acuto, p. 62
- 00093 Fatigue, p. 72