

# TRATTAMENTO DEL DOLORE POSTOPERATORIO: LA SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

Difonzo M\*, Amendola A°

U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, ospedale Di Venere, ASL Bari, corso di laurea in Infermieristica, Università degli Studi "Aldo Moro", Bari\*

Azienda ospedaliera-universitaria consorziale Policlinico, Bari°

## Background

Il dolore è un fenomeno complesso dovuto a un danno tissutale, con una componente meccanica, legata all'insulto fisico e una componente emozionale, legata alla percezione ed elaborazione da parte del soggetto. Il dolore acuto, di breve durata, normalmente localizzato, è un sintomo legato a un intervento chirurgico, un trauma, una patologia infettiva.

Il dolore acuto postoperatorio è definito come il dolore avvertito da un paziente sottoposto a intervento chirurgico, dovuto all'insulto chirurgico, alla condizione preesistente, alla presenza di drenaggi, sondini o complicanze [1]. Nel 2001, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) definisce il dolore, "il quinto segno vitale" e propone gli standard per il monitoraggio e il trattamento del dolore postoperatorio [2]. Nel 2010, in Italia, è pubblicata la legge sull'ospedale senza dolore che rende obbligatorio il monitoraggio del dolore in ambiente ospedaliero [3].

## Obiettivi

Gli scopi dello studio sono valutare l'intensità e l'interferenza del dolore postoperatorio con alcune attività e la soddisfazione dei pazienti per la gestione del dolore e il trattamento ricevuto dai medici e dagli infermieri.

## Metodi

La survey trasversale include i malati postoperati di un ospedale, sede di insegnamento universitario. Lo strumento di indagine è un questionario, anonimo, di 19 item, con le tre principali sub-scale dell'American Pain Society-Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ). La prima sub-scala (nove item, scala numerica 0-10) valuta l'intensità e l'interferenza del dolore con le normali attività, nelle prime 24 ore del periodo postoperatorio. I primi tre item valutano l'intensità del dolore, attuale, peggiore e medio, nelle ultime 24 ore, con una scala numerica analoga alla Numerical Rating Scale (range 0-10, da dolore assente a peggior dolore provato). Gli altri sei item indagano il livello di interferenza del dolore con l'attività generale, l'umore, la deambulazione, le relazioni interpersonali, il sonno, il recupero della procedura chirurgica.

La seconda sub-scala, la scala della soddisfazione (tre item, scala numerica, 0 = molto insoddisfatto, 10 = molto soddisfatto), valuta la soddisfazione per il trattamento del dolore e il trattamento da parte di medici e infermieri. La terza sub-scala, la scala delle opinioni (sette item, scala numerica, 0 = per niente d'accordo, 10 = molto d'accordo), indaga le convinzioni del paziente sulla gestione del dolore e gli ostacoli al suo trattamento.

Il metodo impiegato è l'autocompilazione, nei casi di pazienti poco collaboranti le risposte sono state raccolte come intervista. I dati sono analizzati con il test di Mann-Whitney, un valore  $p < 0,05$  indica la significatività statistica.

## Risultati

Il tasso di risposta è del 71,42% (50 questionari su 70 distribuiti). Nella prima sub-scala, sull'intensità del dolore e sull'interferenza con alcune attività, i malati riferiscono un'intensità del dolore postoperatorio media-alta ( $4,92 \pm 2,73$ ,  $5,62 \pm 3,42$ ,  $7,38 \pm 2,83$ ), nelle ultime 24

ore. L'interferenza del dolore nel postoperatorio è medio-bassa con l'umore ( $4,14 \pm 3,83$ ), con l'abilità di camminare ( $4,52 \pm 4,33$ ), con le relazioni interpersonali ( $2,36 \pm 3,49$ ), con il recupero dopo la procedura chirurgica ( $4,96 \pm 3,08$ ). L'interferenza con l'attività generale ( $5,54 \pm 3,31$ ) e con il sonno ( $7,12 \pm 3,38$ ) è medio-alta.

Nella seconda sub-scala, i malati indicano un livello di soddisfazione alto ( $9,08 \pm 1,42$ ,  $9,48 \pm 1,20$ ,  $8,8 \pm 2,18$ ) sul trattamento del dolore ricevuto e sul trattamento da parte di medici e infermieri.

La terza sub-scala propone una serie di affermazioni errate sulla gestione del dolore che possono ostacolare il trattamento. Il grado di accordo è basso e medio-basso per gli item: "I farmaci non possono controllare il dolore" ( $1,28 \pm 2,84$ ), "Un buon paziente non parla di dolore" ( $1,9 \pm 3,44$ ), "Le lamentele distraggono il medico dalla cura della malattia di base" ( $3,76 \pm 4$ ). Gli item, "I farmaci devono essere risparmiati" ( $5,14 \pm 4,01$ ), "La dipendenza dai farmaci è facile" ( $5,2 \pm 3,73$ ), "È più facile tollerare il dolore degli effetti collaterali del trattamento analgesico" ( $5,82 \pm 4,02$ ), indicano un grado di accordo medio-alto; "Il dolore è un indice di peggioramento della malattia", indica un grado di accordo alto ( $8,66 \pm 2,58$ ). Non c'è una differenza statistica significativa tra i due gruppi di pazienti suddivisi per età ( $U = 171$ ,  $p = 0,781$ ).

### **Limiti**

Lo studio, realizzato in un ospedale di III livello, risente delle caratteristiche e peculiarità di questa struttura e della difformità dei protocolli sulla gestione del dolore postoperatorio, applicati nei diversi reparti. Quest'ultimo motivo può spiegare un valore medio analogo alla VAS superiore a quello raccomandato dalle linee guida internazionali. La ridotta numerosità del campione richiede altre ricerche per approfondire i risultati rilevati.

### **Conclusioni**

La presente ricerca individua una maggiore soddisfazione negli aspetti comunicativi e relazionali tra il paziente e i curanti, più che una relazione diretta con l'efficacia del trattamento farmacologico. Si evidenzia, infatti, un grado di soddisfazione correlato, in modo positivo, alla qualità del trattamento ricevuto e al comportamento di medici e infermieri nei confronti del malato.

Il dolore postoperatorio è un sintomo soggettivo, influenzato da diversi fattori, che variano da individuo a individuo. La gestione integrata del dolore, nel periodo postoperatorio, richiede sia un adeguato protocollo terapeutico per il controllo del sintomo dolore, sia adeguate capacità relazionali e comunicative da parte del team medico-infermieristico. L'empatia e la comunicazione tra il professionista e l'assistito sono aspetti fondamentali nel processo assistenziale e possono influenzare il decorso delle cure prestate.

### **Bibliografia**

1. American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2004 Jun;100(6):1573-8.
2. Vila H Jr, Smith RA, Augustyniak MJ, *et al*. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg*. 2005 Aug;101(2):474-80.
3. Legge 15 marzo 2010, n. 38. Gazzetta Ufficiale n. 64 del 13 marzo 2010.

4. Bond MR, Charlton JE, Woolf CF. American Pain Society quality assurance standards for relief of acute and cancer pain. In: Proceedings of the VI World Congress of Pain. London: Elsevier. 1991;185-89.