

GLI INTERVENTI ASSISTENZIALI PER PREVENIRE O RIDURRE IL DOLORE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A COLONSCOPIA: REVISIONE DELLA LETTERATURA

Dott.ssa Panebianco Sabrina

ABSTRACT

Stato dell'arte. Il dolore è “un’esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”. La colonscopia può essere fonte di dolore procedurale.

Obiettivo. L’obiettivo di questo progetto è di identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire o ridurre il dolore nei pazienti sottoposti a colonscopia.

Materiale e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura di articoli pubblicati su questo argomento durante gli ultimi 5 anni consultando le banche dati PubMed, Google e Google Scholar.

Risultati. Il problema del dolore può essere affrontato con diversi interventi: farmacologici e non. Una corretta valutazione del rischio di percepire dolore, attraverso scala e valutazione del professionista, è il fulcro nella prevenzione o riduzione del dolore durante la procedura di colonscopia ed inoltre guida l’infermiere verso la scelta di interventi assistenziali personalizzati efficaci e di qualità.

Conclusioni. Gli studi esaminati forniscono indicazioni sia farmacologiche (benzodiazepina associata a oppiaceo) sia non (musicoterapia, ipnositerapia, ecc) da usare per prevenire o ridurre il dolore nelle persone sottoposte a colonscopia. Inoltre si individuano sia interventi standard sia personalizzati.

Key words: patient, colonoscopy, perception of pain, prevention & control, inpatient

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
OBIETTIVO.....	4
MATERIALE E METODI	4
RISULTATI.....	4
DISCUSSIONE.....	5
CONCLUSIONE.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	11
ALLEGATI.....	13

INTRODUZIONE

La colonscopia è la tecnica diagnostica e terapeutica per eccellenza che permette di avere una visione diretta, dall'interno, di alcuni organi (retto, sigma, colon e, quando è possibile, ileo terminale), con l'obiettivo di verificare l'eventuale presenza di alterazioni o lesioni e di effettuare all'occorrenza piccoli interventi, quali l'asportazione di materiale patologico, cauterizzazioni, biopsie.¹ Viene eseguita dal medico in collaborazione con l'infermiere e si basa sull'utilizzo di endoscopi.^{2 3 4}

Prima dell'esame, per garantire una visione ottimale e una corretta esplorazione del viscere, è richiesta una preparazione finalizzata ad ottenere la pulizia completa dell'intestino.¹ È uno degli aspetti più fastidiosi per il paziente, perché richiede particolari accortezze alimentari nel giorno antecedente all'esame e l'uso di purganti il giorno prima dell'esame e talvolta anche la mattina stessa.⁴

Altro e non meno importante fenomeno rilevato è la paura di percepire dolore. Il dolore è “un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”. (Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)).^{5 6} Esiste ogni volta che il paziente lo esprime.^{5 6} Il dolore è un fenomeno complesso, multidimensionale e universale; colpisce tutti in maniera unica ed irripetibile nel tempo e nello spazio.^{4 5 6 7}

Il dolore ha un significato arcaico finalizzato alla conservazione della specie: è un campanello di allarme importante che avverte l'uomo della presenza di un pericolo, di situazioni minacciose per la sopravvivenza.⁸ Ha una duplice essenza: è un evento semplice e un fenomeno complesso, personale e soggettivo.⁸ Rappresentando il principale motivo di consultazione sanitaria risulta fondamentale riconoscerlo, comprenderlo, non sottovalutarlo e non banalizzarlo mai, in quanto, secondo una definizione del 1974 di Sternbeck :“Il dolore è ciò che il paziente dice che esso sia, ed esiste ogni qualvolta egli ne affermi l'esistenza”.⁴

Il dolore, in clinica, è classificato in: acuto, cronico e da procedura.⁴

Il dolore da procedura è ad oggi una realtà misconosciuta e sottostimata. Riguarda tutte quelle procedure che sono potenzialmente fonte d' ansia e di paura.⁴ I pazienti possono farne esperienza durante molteplici atti diagnostici e terapeutici: da attività di routine ad esami più impegnativi ed invasivi. Il dolore procedurale è una problematica importante nei poli di endoscopia digestiva; un fenomeno complesso che richiede, almeno inizialmente, una procedura specifica ma che varia molto da un individuo all'altro.

OBIETTIVO

Identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire o ridurre il dolore dei pazienti sottoposti a colonscopia.

MATERIALI E METODI

Quesito: Quali sono gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire o ridurre il dolore nei pazienti sottoposti a colonscopia?

L'allegato 1, che riprende il metodo PICOS, mostra il quesito in forma analitica.

Tra ottobre e novembre 2019 è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura internazionale riguardante l'argomento nella banca dati *PubMed*. La ricerca è stata effettuata utilizzando i termini "patient", "colonoscopy" "pain"(MeSH) , "prevention & control"(subheading), "inpatient", "perception of pain" (termini liberi), combinati tramite l'operatore booleano AND, con limiti per lingua, data di pubblicazione e tipi di studi selezionati.

Nella pianificazione delle modalità di ricerca sono stati combinati termini *MeSH*, *subheading* e termini liberi.

Contestualmente è stata ricercata la letteratura nazionale sull'argomento tramite il motore di ricerca *Google e Google Scholar*.

Sono stati inclusi studi primari osservazionali e sperimentali, linee guida, protocolli, revisioni sistematiche, metanalisi e studi multicentrici condotti su pazienti adulti, in lingua italiana, inglese e francese, degli ultimi 20 anni (1999-2019).

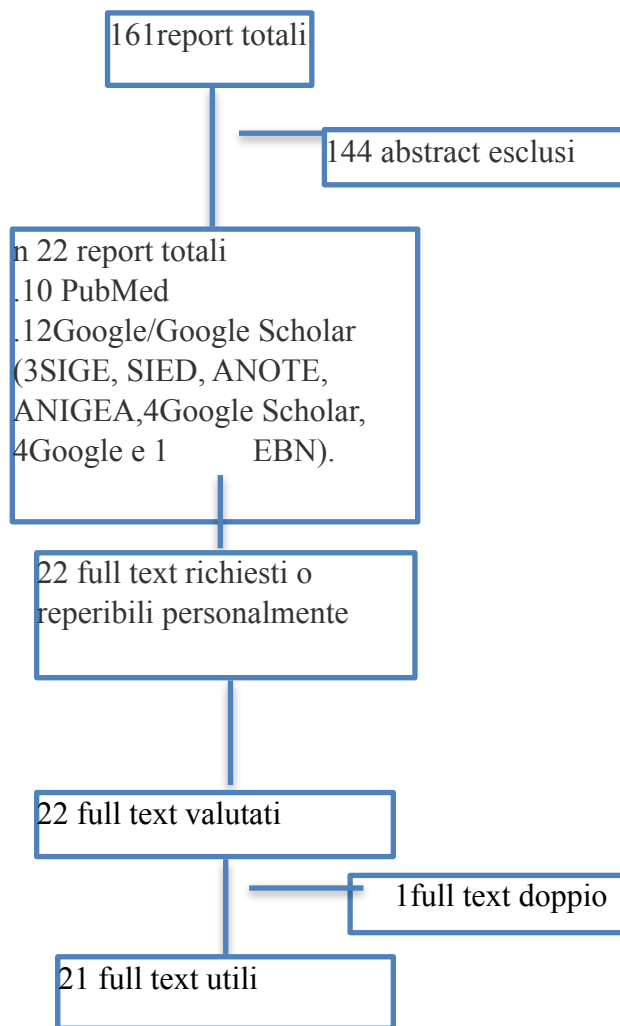
Sono stati valutati tutti gli articoli reperiti, elencandoli in tabella sinottica (Allegato 2 e 3) riportante: autori, anno di pubblicazione, titolo, motore di ricerca e risultati. Gli articoli selezionati sono stati valutati con il *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*.

RISULTATI

Sono stati reperiti 161 riferimenti bibliografici: in 63 *PubMed*, 98 motore di ricerca *Google-Google Scholar* (di cui 50 su SIGE, SIED, ANOTE, ANIGEA, 30 su *Google Scholar*, 15 su *Google* e 3 sul sito EBN)

Dopo la lettura sono stati selezionati: articoli in 10 su *PubMed* e 12 *Google-Google Scholar* (di cui 3 su SIGE, SIED, ANOTE, ANIGEA, 4 *Google Scholar*, 4 *Google* e 1 EBN). Un solo articolo era presente in due sezioni consultate (*Google* e ANOTE).

Figura 1 - Flow chart della ricerca bibliografica



DISCUSSIONE

Il dolore procedurale è una problematica importante nei poli di endoscopia digestiva; un fenomeno complesso che richiede, almeno inizialmente, una procedura specifica ma che varia molto da un individuo all'altro.

Dipende ad esempio dall'età, dal genere, dalle condizioni fisiche, dalla presenza di comorbidità, dalle funzioni cognitive, dallo stato psicologico, dal contesto familiare, culturale e sociale.^{7 8 9 10}

Secondo vari studi i giovani provano un minore dolore procedurale rispetto agli anziani, mentre altri confermano l'opposto mentre in tutti gli studi emerge che è il genere femminile a riferire i livelli più alti di dolore.^{7 8 9 10} Anche la cultura e l'appartenenza a gruppi etnici differenti può incidere sul modo in cui una persona si appropria al dolore causato da una procedura diagnostica e/o terapeutica

(caucasici riferiscono di percepire dolore più elevato rispetto a ispanici o afroamericani).^{7 8 9 10} Particolare attenzione deve essere rivolta ad alcune tipologie di pazienti, che possiamo definire “più fragili”: pazienti affetti da importanti cardiopatie, gravi malattie broncopolmonari, grande obesità, polimorbilità.^{7 8 9 10} Lo stesso vale per la gestione del dolore nei pazienti che hanno una vita di relazione compromessa e che possono avere difficoltà nell'elaborazione della sensazione dolorosa o che non sono in grado di esprimere verbalmente il dolore, quali gli anziani, i soggetti affetti da demenza o da altri disturbi psicomotori. Indipendentemente dal tipo di procedura e dal contesto, la mancanza di un trattamento adeguato del dolore comporta gravi conseguenze.¹¹ Per prima cosa, condiziona in maniera importante la qualità percepita di cura, nonché la qualità di vita; in secondo luogo, compromette il rapporto di fiducia medico-infermiere-paziente e genera nel paziente il rifiuto di sottoporsi ad ulteriori indagini. Nell'immediato genera paura, ansia, attiva la risposta allo stress, altera la funzione cardiovascolare, polmonare, metabolica, infiammatoria e immunologica. A lungo termine può provocare insonnia, depressione, cambiamenti dell'appetito e astenia.^{4 7 8 9 10 11}

Una gestione attenta del dolore procedurale è un dovere innanzitutto etico, che risponde ai principi di solidarietà, dignità, umanità e professionalità. I pazienti hanno il diritto di essere correttamente informati su i benefici e i rischi, compreso il dolore, legati alla procedura, per essere così nelle condizioni di prendere una decisione informata ed eventualmente acconsentire a una gestione ottimale della procedura. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale: dialogare con il paziente, creare le condizioni perché si instauri un rapporto di fiducia è il primo atto terapeutico per ridurre l'ansia, il disagio e il dolore del paziente.

Per far comprendere l'importanza della terapia del dolore in tutte le sue forme, tra cui quella legata alla procedura, la Cittadinanzattiva nel 2005 ha redatto, all'indomani della campagna di informazione “Aboliamo i dolori forzati”, la Carta dei diritti sul dolore inutile con l'obiettivo di dichiarare e tutelare un gruppo di diritti, otto complessivamente, ancora troppo spesso violati, tra cui il diritto a non provare dolore durante l'esecuzione di esami diagnostici e/o terapeutici.

La presa a carico del paziente con dolore, o che si crede possa provarne, deve essere individualizzata e deve tenere conto del tipo di dolore, della localizzazione, della durata, dell'intensità e delle caratteristiche temporali, delle terapie concomitanti e della consapevolezza che la percezione soggettiva dell'intensità dolorosa non è proporzionale al tipo o all'estensione del danno tissutale, ma dipende dall'interazione di fattori fisici, culturali ed emozionali. La valutazione del dolore è un processo multidimensionale, in parte sequenziale ed in parte sincrono. Devono essere valutate tutte le componenti della sofferenza, sia a livello fisico, psicologico, sociale e spirituale.

La presa a carico deve quindi avvenire secondo tappe definite che comprendono l'anamnesi multidimensionale, la valutazione tramite strumenti appropriati, la definizione di obiettivi condivisi con il paziente, la pianificazione degli interventi e la rivalutazione di quanto attuato.

E' fondamentale l'utilizzo di scale e di strumenti di valutazione. Le scale di valutazione validate più frequentemente utilizzate sono la VAS (Visual Analogue Scale), la VRS (Verbal Rating Scale) e la NRS (Numerical Rating Scale) ¹²

Per prevenire il dolore da procedura in un servizio di endoscopia digestiva l'infermiere e il medico mettono in atto tutte le proprie competenze al fine di offrire un servizio di qualità.

Il professionista infermiere, in autonomia, al fine di limitare il dolore pianifica e attua degli interventi che si possono così classificare: mirata scelta dello strumento (preferire strumenti pediatrici per donne, persone fragili, pazienti che dichiarano storia pregressa di interventi addominali, pazienti con storia di diverticoli, pazienti con quesito diagnostico "addominalgia" o "Dolore Addominale"), effettuare lievi compressioni addominali, effettuare rotazioni attraverso lo strumento, far ruotare il paziente da un lato all'altro. ^{13 14 15}

L'infermiere gioca un ruolo fondamentale anche in una delle tecniche più usate in endoscopia per prevenire il dolore da procedura: la sedazione attraverso l'uso di farmaci.

In letteratura la sedazione è distinta in:

- . conscia (vigile e cosciente). La risposta a comando verbali è presente e serve per ridurre l'ansia pur mantenendo uno stato di collaborazione;
- . profonda. La risposta verbale è torpida o assente.
- . anestesia generale. ^{13 14 15}

Nel 2001 la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) ha incluso la sedazione nei criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e ha utilizzato le seguenti definizioni internazionalmente accettate:

- sedazione profonda, in cui la risposta ai comandi verbali è torpida, incongrua o assente, ma è evocabile quella riflessa agli stimoli nocicettivi. In tal caso i riflessi protettivi delle vie aeree sono inefficienti e la funzione respiratoria può essere compromessa;
- minimal sedation o ansiolisi, la quale prevede l'uso di un ansiolitico (benzodiazepine) da solo o associato ad antispastici o vagolitici. Il soggetto è rilassato/assopito ma la funzionalità respiratoria e cardiovascolare sono integre;
- moderate sedation/analgesia, sedo-analgesia, o sedazione cosciente, la quale prevede l'associazione di una benzodiazepina (BDZ) e di un narcotico. Il soggetto è addormentato, ma

prontamente risvegliabile da stimoli tattili o verbali; la funzionalità respiratoria e cardiovascolare non sono abitualmente alterate;

- deep sedation o sedazione profonda, la quale prevede l'uso di ipnotici a brevissima durata d'azione, da soli o in associazione ad ansiolitici e/o oppiacei. Il paziente è profondamente addormentato ma risvegliabile dalla stimolazione dolorosa o da sollecitazioni ripetute. La funzionalità cardiovascolare è autonoma, quella respiratoria è spesso depressa;
- general anesthesia o anestesia generale, in cui non è evocabile nemmeno la risposta riflessa agli stimoli nocicettivi. I riflessi protettivi delle vie aeree sono assenti, e la funzione respiratoria è compromessa.^{13 14 15 16 17}

Vari tipi di farmaci possono essere impiegati per realizzare l'analgesia durante l'esecuzione di procedure diagnostiche e/o terapeutiche. Dato il gran numero di fattori, descritti in precedenza, che condizionano l'esperienza del dolore procedurale, per poter scegliere l'agente farmacologico più idoneo alla singola situazione è necessario conoscere le proprietà farmacocinetiche dei diversi agenti disponibili in commercio. Di seguito sono elencati i principali farmaci che possono essere somministrati per realizzare la sedo-analgesia durante le procedure dolorose e le loro caratteristiche.

- Benzodiazepine (BDZ) (diazepam a lunga durata di azione e midazolam a breve durata di azione)
- oppiacei (fentanyl, petidina cloridrato o meperidina poco dopo 10 minuti e milita 2-3 ore, alfentanyl)
- propofol
- ketamina
- protossido di azoto
- dexmedetomidina
- etomidate
- agenti antagonisti (flumazenil, nalaxone)

Ne deriva che il ricorso alla sedo-analgesia è una scelta innanzitutto di tipo etico, che sottolinea la centralità del paziente in quanto persona che soffre e che necessita di cure nella sua integralità e nel pieno rispetto della sua dignità. In secondo luogo è un'opportunità sia per i professionisti che per il paziente per realizzare un esame endoscopico più accurato e completo. Se non viene offerta, il paziente va incontro a dolore inutile e inaccettabile e l'endoscopista ha una minore probabilità di riuscire a completare lo studio del colon. Una survey nazionale ha evidenziato come solo 80,7% delle colonscopie risultano completate fino al cieco, le cause di ciò sono diverse: probabile insufficiente esperienza degli operatori, inadeguatezza della preparazione e soprattutto impossibilità di eseguire la procedura senza un' adeguata sedazione. La colonscopia, deve necessariamente essere

un esame completo (totale) ed efficace (con trattamento dei polipi), perciò la sedazione risulta fondamentale. Inoltre negli ultimi anni si è registrata un' ampia diffusione delle procedure endoscopiche operative, sempre più complesse ed accurate, per le quali il ricorso alla sedazione è indispensabile.

Ogni centro di endoscopia dovrebbe tener ben presente queste problematiche nella programmazione della propria attività clinica. L'uso della sedo-analgesia per le procedure endoscopiche è fortemente consigliata da diverse linee guida emanate da società scientifiche nazionali ed internazionali.

Una revisione sistematica della letteratura ha mostrato come il controllo del disagio e del dolore durante la colonscopia siano considerate una priorità da parte dei pazienti.

Per quanto concerne l'ambito delle endoscopie digestive, possiamo individuare tre momenti fondamentali in cui è essenziale un' attenta gestione del dolore e dei molteplici cofattori :

- prima dell'esame;
- durante l'esame;
- dopo l'esame.

Su questi tre punti si focalizza e interviene la sedazione e l'analgesia.

La scelta dei farmaci per la sedoanalgesia nelle procedure di endoscopia ha lo scopo di controllare l'ansia, il disagio ed il dolore del paziente, indurre amnesia e garantire la completa riuscita dell'esame.

Un accesso venoso, mantenuto fino al completo recupero psicomotorio e del coordinamento temporo-spaziale, permette di somministrare gradualmente i farmaci sedativi e/o analgesici, intervenire prontamente in caso di complicanze cardiorespiratorie, infondere liquidi, e, in caso di necessità, somministrare rapidamente gli antagonisti specifici degli oppiacei e delle BDZ.

I farmaci si somministrano preferibilmente a dosi frazionate, monitorando attentamente il livello di analgesia e sedazione ottenuto. Prima di somministrarli è necessario assicurarsi del digiuno per un tempo che garantisca lo svuotamento gastrico. In circostanze in cui lo svuotamento gastrico è compromesso, occorre definire modalità e livello di sedazione compatibile con il rischio di aspirazione del contenuto gastrico.

I farmaci più impiegati nella sedazione moderata convenzionale sono le BDZ (midazolam, diazepam), in associazione o meno con gli oppiacei (petidina cloridrato, fentanyl). Tuttavia negli ultimi anni è divenuto preponderante l'utilizzo del propofol, un potente agente sedativo/ipnotico non analgesico con emivita estremamente breve capace di realizzare una sedazione profonda. Tra gli oppiacei oltre ai farmaci tradizionali, come fentanyl e meperidina, sono emersi recentemente

degli studi con nuove molecole, come remifentanyl, che consentono un recupero più veloce, ma sono gravati da una gestione più complessa e maggiori rischi se maneggiati da personale non esperto. In letteratura è inoltre descritto l'uso della miscela protossido di azoto e ossigeno: la sua somministrazione risulta efficace e sicura, ma gli autori concludono che sono necessari ulteriori studi per confermarne la valenza.

Numerosi approcci non farmacologici sono oggetto di studio, quali l'agopuntura, l'ipnosi, la comunicazione ipnotica, la musicoterapia e varie tecniche per rilassare e distrarre il paziente durante le procedure endoscopiche. Tali metodiche sono volte a ridurre la componente emozionale del dolore, a dare al paziente il senso di controllo della situazione e rendere così l'esame più tollerabile. Secondo alcuni studi pubblicati in letteratura l'ascolto di musica rilassante sembra avere effetti terapeutici: riduce l'ansia del paziente, allevia la tensione, suscita associazioni positive, abbassa la pressione e la frequenza sanguigna, diminuisce la dose di sedazione necessaria e rende l'esame più confortevole. Per questi motivi la musicoterapia è utilizzata in diversi scenari, quali l'endoscopia anche perché non richiede spese ed è facilmente erogabile.^{18 19 20 21}

CONCLUSIONE

Gli studi analizzati suggeriscono interventi standard e personalizzati di dimostrata efficacia per prevenire o ridurre il dolore nei pazienti sottoposti a colonscopia.

Sicuramente è essenziale valutare l'entità del dolore in tre momenti precisi: **prima dell'esame; durante l'esame, dopo l'esame** utilizzando una delle **scale di valutazione del dolore** offerte in letteratura.

Al fine di ridurre l'ansia, il disagio e il dolore risulta essenziale mantenere **il dialogo con il paziente, creando le condizioni perché si instauri un rapporto di fiducia.**

Tra gli interventi mirati compaiono: **la scelta mirata dello strumento, l'agopuntura, l'ipnosi o la comunicazione ipnotica, la musicoterapia e varie tecniche per rilassare e distrarre il paziente durante la procedura.**

Tra gli interventi standard compaiono: **effettuare lievi compressioni addominali, effettuare rotazioni attraverso lo strumento, far ruotare il paziente da un lato all'altro, praticare la sedo analgesia attraverso l'uso di farmaci come benzodiazepina associata a oppiaceo.**

BIBLIOGRAFIA

1. Manta R, Tremolaterra F, Arezzo A, Verra M, Galloro G, Dioscoridi L, Pugliese F, Sullo A, Mutignani M, Bassotti G. Complications during colonoscopy: Prevention, diagnosis and management. 2015.
2. Petruzzello L. La colonscopia. Linee Guida della Federazione AIGO - SIED - SIGE 2010 . 2010.
3. Angelini S, Ricceri F, Dimonte V.. Valutazione della percezione del dolore da procedura invasiva e opinione degli infermieri. 2011
4. N.O.R.A. in endoscopia diagnostica ed operativa; verifica dell'efficacia clinica e della qualità.
5. Congliaro R, Battistini A, De Masi E, Fanti L, Ficano L, Rossi A. Linee guida per la sedazione in endoscopia digestiva. 2006.
6. Guarini A, Rossetti E, Simonelli P, Iannone T, Carretto D, Giaquinto A, Ioria G, Valdinoci M. L'infermiere nelle endoscopie digestive in Italia: una survey nazionale di Anote Anigea 2015.
7. Lee JH. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. 2016.
8. Childers RE, Williams JL, Sonnenberg A. Practice patterns of sedation for colonoscopy. 2015.
9. Hutson P. Is the use of intravenous opioids essential to control pain during colonoscopy? 2013.
10. Holme O1, Bretthauer M, de Lange T, Seip B, Huppertz-Hauss G, Høie O, Sandvei P, Ystrøm CM, Hoff G. Risk stratification to predict pain during unsedated colonoscopy: results of a multicenter cohort study. studio multicentrico. 2013
11. Costa A, Montalbano LM, Orlando A, Ingoglia C, Linea C, Giunta M, Mancuso A, Mocciano F, Bellingardo R, Tinè F, D'Amico G. 2010.
12. Canè C, Giovannini F, Rimondi M. Gli effetti della musicoterapia analizzati tramite scala di valutazione del dolore e dell'ansia. 2004
13. Cinar K, Yakut M, Ozden A. Sedation with midazolam versus midazolam plus meperidine for routine colonoscopy: a prospective, randomized, controlled study. 2009.
14. Bright E1, Roseveare C, Dagleish D, Kimble J, Elliott J, Shepherd H. Patient-controlled sedation for colonoscopy: a randomized trial comparing patient-controlled administration of propofol and alfentanil with physician-administered midazolam and pethidine. 2003.

15. Eberl S, Preckel B, Fockens P, Hollmann. Analgesia without sedatives during colonoscopies: worth considering? 2012.
16. Umezawa S, Higurashi T, Uchiyama S, Sakai E, Ohkubo H, Endo H, Nonaka T, Nakajima A. Visual distraction alone for the improvement of colonoscopy-related pain and satisfaction. 2015.
17. Hazeldine S, Fritschi L, Forbes G. Predicting patient tolerance of endoscopy with conscious sedation. 2010.
18. Joseph White, Parita Patel, Joel Marcus, Michelle M. Hypnotic communication and hypnosis in clinical practice. 2014.
19. Martini M, Muro F. Ipnosi in endoscopia. Comunicazione ipnotica in endoscopia digestiva. 2013
20. Bashiri M, Akcali D, Coskun D, Cifdaloz BU, Dikmen A, Cindoruk.. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy. 2018
21. Milena M. La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino

ALLEGATI

Allegato 1- PICOS

P	I	C	O	S
pazienti adulti sottoposti a colonscopia	interventi assistenziali per prevenire o ridurre il dolore	comunicazione ipnotica e musicoterapia	riduzione dolore durante e dopo colonscopia - riduzione % dolore rispetto i dati della letteratura	Revisioni Sistematiche, studi multicentrici, metanalisi, Linee Guida/protocolli, studi osservazioni e sperimentali

Allegato 2 - Sinossi degli articoli

Banca dati	Documenti rilevati	Documenti selezionati
Pub Med	63	10
google /google scholar SIGE, SIED, ANOTE, ANIGEA E.B.N. S.Orsola Malpighi	98	12 (di cui 1 presente in due sezioni perciò 11)

Allegato 3 - Tabella sinottica 21 articoli full text selezionati

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
Bright E1, Roseveare C, Dagleish D, Kimble J, Elliott J, Shepherd H.2003. Patient-controlled sedation for colonoscopy: a randomized trial comparing patient-controlled administration of propofol and alfentanil with physician-administered midazolam and pethidine. PubMed	midazolam + petidina vs propofol + alfentanil il secondo gruppo lascia l'endoscopia più velocemente ma ha più male
Childers RE, Williams JL, Sonnenberg A. 2015.Practice patterns of sedation for colonoscopy. PubMed	ansiolitici + oppiaceo: studio su 1.385 pazienti in 14 anni (2000-2014); caucasici più farmaco rispetto ispanici e afro americani

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
Eberl S, Preckel B, Fockens P, Hollmann 2012 Analgesia without sedatives during colonoscopies: worth considering? PubMed	la sedazione aumenta i tassi di successo senza aumentare i rischi; il 37% delle procedure è considerato eccellente con la doppia sedazione (mid o bendo + opp); dolore meglio tollerato da anziani uomini e bmi normale. In uno studio americano, solo il 16,9% di 434 pazienti era disposto a sottoporsi a colonscopia senza sedazione. tasso di complicanze è superiore del 57 % se l'esame viene condotto senza sedoanalgesia.
Joseph White, Parita Patel, Joel Marcus, Michelle M. 2014. Hypnotic communication and hypnosis in clinical practice. PubMed	la comunicazione ipnotica riduce il dolore e l'uso di farmaci

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
Umezawa S, Higurashi T, Uchiyama S, Sakai E, Ohkubo H, Endo H, Nonaka T, Nakajima A.2015.Visual distraction alone for the improvement of colonoscopy-related pain and satisfaction. PubMed	la sola distrazione visiva riduce dolore (guardare un filmato)

<p>Hazeldine S, Fritschi L, Forbes G. 2010 Predicting patient tolerance of endoscopy with conscious sedation. PubMed</p>	<p>benzo+ oppiaceo studio su 2155 persone Circa 216 (10%) su 2155 pazienti hanno dato un punteggio VAS > 3 (0-5) e sono stati confrontati con i 1939 pazienti con un VAS < 3. I pazienti che hanno tollerato la procedura meno bene (VAS ≥ 3) erano femmine [odds ratio (OR) 2,8, intervallo di confidenza 95% 1,9-4,1], colonscopia (OR 2,9, 1,8-4,5) o un endoscopista di addestramento ha eseguito il procedura (OR 3.2, 2.2-4.8). I pazienti con BMI ≥ 35 avevano anche maggiori probabilità di avere un VAS ≥ 3 (p < 0,01). Il tipo di sedazione e il grado della American Society of Anesthesiologists non hanno avuto effetti significativi sulla tolleranza del paziente.</p>
--	--

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
<p>Canè C, Giovannini F, Rimondi M. 2004 Gli effetti della musicoterapia analizzati tramite scala di valutazione del dolore e dell'ansia. EBN</p>	<p>curare con la musica, disciplina preventiva. strumento senza costi, facile da misurare gli effetti, diminuisce uso farmaci.</p>
<p>Angelini S, Ricceri F, Dimonte V. 2011. Valutazione della percezione del dolore da procedura invasiva e opinione degli infermieri. Google Scholar</p>	<p>studio sulla percezione del dolore e del disagio riferito dai pazienti sottoposti a procedure invasive tra cui la colonscopia. Utile per strumento e analisi dati.</p>

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
<p>Martini M, Muro F. 2013. Ipnosi in endoscopia. Comunicazione ipnotica in endoscopia digestiva. Google</p>	<p>esperienza in endoscopia di uso di comunicazione ipnotica e fac simile questionario</p>
<p>Bashiri M, Akcali D, Coskun D, Cifdaloz BU, Dikmen A, Cindoruk. 2018. Evaluation of pain and patient satisfaction by music therapy in patients with endoscopy PubMed</p>	<p>la musicoterapia aggiunta alla sedazione ha permesso di ridurre il punteggio di ansia e aumentare la soddisfazione il gruppo che ha sperimentato le due procedure risulta più soddisfatto e riferisce meno dolore rispetto all'altro gruppo</p>
<p>Costa A, Montalbano LM, Orlando A, Ingoglia C, Linea C, Giunta M, Mancuso A, Mocciaro F, Bellingardo R, Tinè F, D'Amico G. 2010. PubMed</p>	<p>gruppo che ha ascoltato musica più sedoanalgesia (midazolam + petidina) gruppo controllo solo sedoanalgesia. punteggio medio di rilevazione dolore primo gruppo è stato di 3,8 ± 1,9 rispetto a 5.9 ± 2.2 (p < 0,00001)</p>

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
---	-----------

<p>Holme O1, Bretthauer M, de Lange T, Seip B, Huppertz-Hauss G, Høie O, Sandvei P, Ystrøm CM, Hoff G. 2013 Risk stratification to predict pain during unsedated colonoscopy: results of a multicenter cohort study. studio multicentrico. PubMed</p>	<p>sono stati valutati fattori di rischio e si è visto che i più significativi a manifestare il sintomo dolore sono: essere di genere femminile, avere più di 40 anni, essere stati sottoposti in passato a interventi di chirurgia addominale, avere scritta la diagnosi di dolore addominale tra le motivazioni a colonscopia, avere una storia di diverticolite, aver il ricordo di una precedente colonscopia dolorosa, avere paura dell'esame.</p>
---	---

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
<p>N.O.R.A. in endoscopia diagnostica ed operativa; verifica dell'efficacia clinica e della qualità. Google</p>	<p>significato del dolore, associazione farmaci, nuove tecniche per prevenire il dolore</p>
<p>Milena M. La comunicazione ipnotica nel percorso clinico del paziente: esperienze e risultati nell'Azienda Molinette di Torino Google</p>	<p>Alcuni studi hanno permesso di osservare come l'effetto antidolorifico o antinocicettivo dell'ipnosi è tale da ridurre il dolore almeno del 50% Saper gestire la relazione terapeutica con tecniche di comunicazione ipnotica, per migliorare l'adesione alla procedura e alla terapia, permette di intervenire su quella quota di dolore procurata dagli stessi interventi sanitari, che non può essere sottovalutata. Tra il febbraio e il novembre 2008 è stato condotto un ulteriore studio osservazionale su un campione di convenienza di 188 pazienti, con l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'uso della comunicazione ipnotica nella riduzione del dolore e dell'ansia generati da procedure interventistiche. Hanno partecipato alla ricerca le strutture di Terapia del Dolore e Cure Palliative, Endoscopia Digestiva, Emodinamica, Day Hospital Ematologico, Broncoscopia e Nefrologia ed è stata valutata l'efficacia della comunicazione ipnotica invece dell'utilizzo del farmaco sedativo o analgesico previsto nell'esecuzione delle procedure. Tra i risultati si evidenzia che: il 50% dei 188 pazienti ha dichiarato un livello di ansia prima della procedura molto intenso (NRS > di 7); nell'87% dei pazienti trattati l'ansia si è ridotta a valori < 2; l'88% dei pazienti ha riferito un dolore periprocedurale < a 3 e solo il 2% > di 7; il 100% dei pazienti dichiara di aver avuto un beneficio dall'uso della comunicazione ipnotica; il 95% ripeterebbe l'esame con la comunicazione ipnotica, mentre la restante percentuale preferirebbe una sedazione farmacologica. I risultati sul controllo del dolore sono equiparabili a quelli ottenuti con l'utilizzo di farmaci.</p>

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
---	-----------

<p>Manta R, Tremolaterra F, Arezzo A, Verra M, Galloro G, Dioscoridi L, Pugliese F, Sullo A, Mutignani M, Bassotti G. 2015. Complications during colonoscopy: Prevention, diagnosis and management. Google Scholar</p>	<p>Per limitare il dolore è consigliabile l'uso di un colonscopio pediatrico soprattutto dove si conosce la presenza di diverticoli, mentre cambiare decubito, una lieve compressione addominale da parte dell'infermiere e invogliare il paziente a espellere l'aria in eccesso limita la percezione del dolore.</p>
<p>Petruzzello L. 2010. La colonscopia. Linee Guida della Federazione AIGO - SIED - SIGE 2010 Google</p>	<p>Prima di iniziare la procedura endoscopica è necessario valutare l'appropriatezza delle indicazioni e raccogliere i principali elementi anamnestici e eventuali allergie, patologie maggiori (cardiovascolari e respiratorie), pregressi interventi chirurgici sull'addome, assunzione di farmaci anticoagulanti, antiaggreganti, sedativi, antinfiammatori, se ha eseguito altre volte l'esame. L'uso del colonscopio pediatrico serve per sentire meno dolore, Sentono più dolore: le donne, chi è stato sottoposto a interventi chirurgici mentre gli anziani lo tollerano meglio. Effettuare frequenti retroazioni e cambio decubito aiuta a sentire meno male.</p>
<p>Congliaro R, Battistini A, De Masi E, Fanti L, Ficano L, Rossi A. 2006. Linee guida per la sedazione in endoscopia digestiva. Google</p>	<p>Sedoanalgesia: a chi e come Come preparare il paziente alla procedura, come accompagnarlo e come congedarlo.</p>

Autore – anno- titolo dello studio- motore di ricerca	Risultato
<p>Guarini A, Rossetti E, Simonelli P, Iannone T, Carretto D, Giaquinto A, Ioria G, Valdinoci M. 2015. L'infermiere nelle endoscopie digestive in Italia: una survey nazionale di Anote Anigea Google</p>	<p>La sedazione cosciente (midazolam) è praticata nell'88% dei centri. l'infermiere di endoscopia deve avere una adeguata preparazione teorico-pratica e deve costantemente formarsi-aggiornarsi</p>
<p>Lee JH. 2016. The Effects of Music on Pain: A Meta-Analysis. Google Scholar</p>	<p>effetto della musica sul dolore: effettiva riduzione del dolore su scala 0-10 (MD= -1,13),</p>
<p>Hutson P. 2013. Is the use of intravenous opioids essential to control pain during colonoscopy? Google Scholar</p>	<p>l'uso di un oppiaceo non è necessario per tutti i pazienti sottoposti a colonscopia bisogna considerare: caratteristiche demografiche, livelli di ansia, esperienza</p>
<p>Cinar K, Yakut M, Ozden A.2009. Sedation with midazolam versus midazolam plus meperidine for routine colonoscopy: a prospective, randomized, controlled study. PubMed</p>	<p>confrontare l'efficacia e la sicurezza di midazolam rispetto a midazolam più meperidine per la colonscopia. non c'è differenza statisticamente significativa tra i due gruppi. VNS simile, tempo di recupero simile (28,2 ±5,3 vs 2,8 ±5,4)</p>

