



Valutazione del dolore nel paziente non in grado di comunicare

Cristina Caldara - GianMariano Marchesi
Coordinatori COSD



Provvedimento 24 Maggio 2001

Accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"
Linee guida per la realizzazione dell'"Ospedale senza dolore":

Decreto Direzione Generale Sanità n. 23454 del 30/12/2004

Determinazione per la costituzione del Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD) presso le strutture sanitarie di ricovero e cura e adozione del "Manuale applicativo per la realizzazione del COSD".



Joint Commission International:

AOP 1.7 Tutti i pazienti ricoverati ed ambulatoriali sono sottoposti a ad uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo...

COP 6 ai pazienti è offerto il supporto per gestire efficacemente il dolore..

Legge 15 marzo 2010 n° 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore"

Art. 7 comma 1

All'interno della cartella clinica, nelle sezione medica ed infermieristica, in uso presso le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero...





Legge N.38 del 15/03/2010 - G.U. n. 65 del 19/03/2010

“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”

art. 7, comma 1:

Comma 1 *“all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica ... devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito”.*

Comma 2 Mezzi: linee guida, protocolli (già previsti nel progetto “Ospedale senza dolore”) e comunque tutti gli strumenti più adeguati (tra quelli validati) per la valutazione e la rilevazione del dolore.



Procedura Aziendale – gennaio 2012

Valutazione del dolore nel paziente ricoverato

SCALA NUMERICA

NRS (*Numerical Rating Scale*)

Il valore minimo per il quale, in base ai dati di letteratura, si deve fortemente considerare di avviare/adeguare un trattamento antalgico è

“4”.

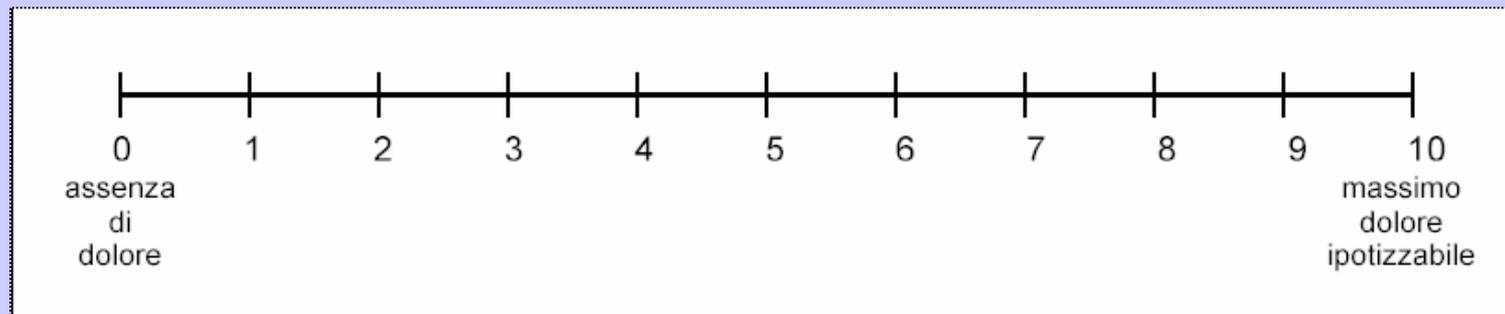


Tabella scale di valutazione del dolore per l'età pediatrica



Anni	Tipo di scala
Sino a 1 mese	NIPS dolore procedurale per neonato e pretermine (Patologia Neonatale)
Da 0 a 3 anni	FLACC* per neonato a termine sino a 3 anni
Da 4 a 8 anni	Scala a faccine - Wong-Baker faces Scale
Dai 8 anni	Scala numerica verbale (numeric rating scale) da 0 -10
Bambino non competente neurocognitivamente	FLACC

* FLACC (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability)

Valutazione del dolore



- + Cosa fare quando un paziente non è in grado temporaneamente di esprimersi?
- + Cosa fare quando un paziente non sa esprimersi?

Progetto di sperimentazione - Procedura Specifica

Valutazione del dolore nel paziente non in grado di comunicare



+ Fase progettuale

Approvazione budget 2012

Obiettivo

Utilizzo di una scala di rilevazione del dolore nel paziente con deficit cognitivi, o impossibilito ad esprimere il proprio dolore

Risultato

Identificazione ed applicazione di una scala di rilevazione del paziente non in grado di esprimere il dolore (non competente)

Indicatore

Stesura di una procedura aziendale specifica

Progetto di sperimentazione

Procedura Specifica



+ Fase realizzativa

- Creazione di un Gruppo di lavoro :
 - Marchesi, Caldara COSD
 - Fortis, Rota USC Cure Palliative
 - Mantovani, Signorini USC Cardiochirurgia TI
 - Parzignan, Rosa USC di Neurologia
 - Re, Bravi USC Neurochirurgia TI
 - Valetti, Canu USC Anestesia 3° adulti TI
 - Melizza, Zelano USC Medicina Fisica e Riabilitativa

- Ricerca bibliografica

Pain Management in Patient unable to self-report
Position Statement with clinical practice raccomandation

Gerarchia degli interventi

1. Self –report: la capacità di quantificare il dolore utilizzando scale appropriate
2. Cercare potenziali cause: infezioni, ferite, procedure dolorose, progressione di patologia. Il dolore procedurale dovrebbe essere trattato prima delle procedure
3. Osservare il comportamento: Non equivale al self-report perché non tutti i comportamenti indicano dolore . Utile strumento
4. Chiedere ai familiari/caregivers
5. Utilizzo di analgesici

Perché utilizzare strumenti di valutazione?

- Per una lettura oggettiva e confrontabile dei fenomeni assistenziali
- Per una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza al paziente
- Per uno scambio di informazioni tra discipline diverse

Report Ricerca Bibliografica

- ✚ Solo articoli relativi a pazienti effetti da demenza
- ✚ Numerose scale di rilevazione del dolore

Il dolore cronico
in
Medicina Generale



Non-Verbal Pain Assessment: A Literature Review

Che Badariah AA^a and Shamsul Kamalrujan H^b

^a Department of Physiology and ^b Department of Anaesthesiology, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia Health Campus, Kubang Kerian, Kelantan

ABSTRACT

Original articles

Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations

■■■ Keela Herr, PhD, RN, FAAN,*
Patrick J. Coyne, MSN, RN, CS, FAAN,[†] Tonya Key, RN, C,[‡]
Renee Manworren, MS, RN, C, CNS,[§]
Margo McCaffery, MS, RN, FAAN,[¶]
Sandra Merkel, MS, RNC,^{||}
Jane Pelost-Kelly, MSN, RN, C, CS, ANP,^{**} and
Lori Wild, PhD, RN**

Pain is a complex phenomenon and it is influenced by multiple factors including personal experience, psychological, sociocultural and situational factors.² There are three major psychological dimensions of pain including sensory discriminative, motivational affective and cognitive-evaluative components that interact with one another to provide perceptual information on the location, magnitude, and spatiotemporal properties of the noxious stimuli, motivational tendency toward escape or attack, and cognitive information based on past experience and probability of outcome of different response strategies.^{3,4}

It is crucial for a physician to assess pain in a patient and properly manage the symptom. Failure to recognize pain and address the problem will lead to poor patient care. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) has recognized the right of individual patients to have a proper management of pain.⁵ One of the important barriers

Corresponding author;
Che Badariah Ab Aziz
Department of Physiology, School of Medical
Sciences
Universiti Sains Malaysia Health Campus
Kubang Kerian, Kelantan
e-mail: badariah@kb.usm.my

cultural and situ-
rious effect on the
mains a challenge.
studies have shown
ic and accurate tool
le using behaviour
y than the others.
ction with verbal
dynamic and emo-
nd clinical pain has
evel of pain is still

cludes inadequate
ible to assess pain
le (VAS), Numeric

rating scale (rims), verbal descriptor Scale (VDS),
PAULA the pain meter and McGill Pain Questionnaire
(MPQ).^{3,6,7}

Assessing pain is extremely difficult, especially if the person is unconscious or has intellectual disability or lacks the ability to communicate verbally e.g. too young.^{8,9} The present assessment tools e.g. VAS may not be suitable for use among the elderly patients and development of a pain assessment tool in these patients remains a challenge.⁴ Pain measurement in these groups of patients may depend on the observers' assessment and might not be accurate.

Nurses' assessments of patients' pain intensity

Reports have shown that the mean scores of nurses/ medical care providers were lower compared to the recorded patients' pain intensity in the hospital settings; cardiac wards,² Emergency Department,¹⁰ perinatal unit mid labour, and delivery unit.¹¹ A report by Zalon in 1993 has shown that the nurses underestimated the severe pain and overestimated the mild pain in patients who have undergone abdominal surgery.¹² Rundshagen et al, demonstrated that the discrepancies in pain estimates between patients and nurses increased with the level of pain.¹³ In another report that compared the pain assessment between triage nurse, child and parent at a tertiary referral emergency department, it was observed that the nurses assigned significantly lower pain score compared to the children and the parents.¹⁴

BMC Geriatr

Research article

Pain in elderly people behavioural pain as Sandra MG Zwakhalen Martijn PF Berger³

Address: ¹Department of Health Care Studies, University of Groningen, Groningen, Netherlands, ²School of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Groningen, Groningen, Netherlands and ³Department of Methodology and Statistics, University of Groningen, Groningen, Netherlands
Email: Sandra.MG.Zwakhalen* - s.zwakhalen@azg.umcg.nl; Huda.Buijter@azg.umcg.nl; Martijn.P.F.Berger
* Corresponding author

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijer Abu Saad, BMC Geriatrics 2006, 6:3

Sono stati presi in considerazione 12 strumenti di valutazione

- + DOLOPLUS2 (Wary et al)
- + ECPA (Alix et al)
- + ECS (Bauloneta.)
- + Observational Pain Behaviour Tool (Simonse Malbar)
- + CNPI (Feldt)
- + PACSLAC (Fuchs et al)
- + PAINAD (Warden et al)
- + PADE (Villanueva et al)
- + RaPID (Sign and Orrell)
- + Abbey Pain Scale (Abbey et al)
- + NO PPAIN (Snow et al)
- + Pain assessment scale for use with cognitively impaired in adults (Davies et al)

PAIN IN ELDERLY PEOPLE WITH SEVERE DEMENTIA: A SISTEMATIC REVIEW OF BEHAVIORAL PAIN ASSESSMENT TOOLS

Sandra MG Zwakhalen, Jan PH Hamers, Huda Huijjer Abu Saad, BMC Geriatrics 2006, 6:3

Punteggi :

+ DOLOPLUS2 = punti 11

+ ECPA = punti 11

+ ECS = punti 4

+ Observational Pain Behaviour Tool = punti 4

+ CNPI = punti 7

+ PACSLAC = punti 11

+ PAINAD = punti 11

+ PADE = punti 10

+ RaPID = punti 9

+ Abbey Pain Scale = punti 10

+ NOPPAIN = punti 5

+ Pain assessment scale for use with cognitively impaired in adults = punti 4

Criteria di valutazione:

- + Dimensione degli items
- + Origine degli items
- + Numero soggetti valutati
- + Validità
- + Omogeneità
- + Affidabilità
- + Applicabilità

(punteggio totale sino a 20)

Strumenti di valutazione

NOPPAIN
 (Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
 Activity Chart Check List

Name of Evaluator: _____
 Name of Resident: _____
 Date: _____
 Time: _____

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

ASK THE PATIENT: Are you in pain? yes no
 ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no

Molto complessa

NOPPAIN: A Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Pain Words? "That hurts!" "Ouch!" Cursing "Stop that!" <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain words? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Pain Faces? grimaces winces furrowed brow <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain faces? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity
Pain Noises? moans groans grunts cries gasps sighs <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain noises? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Rubbing? massaging affected area <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the rubbing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain
 Please "O" the site of any skin problems

FRONT BACK

Dement Geriatr Cogn Disord
 2004;17:240-246

A U.S. Veterans Affairs METRIC(TM) Instrument. Snow, O'Malley, Kurik, Cody, Bruera, Beck, Ashton. Alteration of this instrument is prohibited. This instrument can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at asnow@bcm.tmc.edu.

Pain Assessment in Advanced Dementia PAINAD

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento a finalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Behavioural P

nel pazienti non in

Può essere utilizzata solo in presenza di ventilatore

Elemento osservato	P	P
Espressione facciale	Costantemente tesa	2
	Completamente tesa	3
	Smorfia	4
	Assenza di movimenti	1
Movimenti degli arti superiori	Parzialmente piegati	2
	piegati con flessione delle dita	3
	Costantemente retratti	4
	Movimento tollerante	1
Adattamento alla ventilazione	Tosse con movimento	2
	Contrasto al ventilatore	3
	Incapacità a controllare la respirazione	4

Campbell Behavior

Più adatto per i pazienti in età pediatrica

Aspetto del viso	Muscoli facciali rilassati	Contratture, smorfie	Movimento continuo
Agitazione	quieto, rilassato, movimenti normali	Movimento agitato occasionale, postura instabile	Movimento agitato frequente che può includere estremità o testa
Tono muscolare	normale, rilassato	aumentato, flessione delle dita delle mani e dei piedi	rigido
Vocalizzazione	Suoni anormali assenti	Occasionali gemiti, grida, lamenti o grugniti	Frequenti o continui gemiti, grida, lamenti o grugniti
Consolabilità	Contento, rilassato	Rassicurabile con tocco o parola. Distraibile .	Difficile da confortare
Punteggio totale...../10			

Progetto di sperimentazione - Procedura Specifica



Identificazione di una scheda di rilevazione del dolore nel paziente non in grado di comunicare:

- Terapia Intensiva C-POT

- Tutte le altre strutture Scala Abbey

Fase di sperimentazione



- ✚ incontri di Formazione nelle strutture sperimentanti
- ✚ Sperimentazione della scheda nelle terapie intensive di:
 - Terapia Intensiva di Anestesia 3° adulti
 - Terapia Intensiva di Neurochirurgia
 - Terapia Intensiva di cardiocirurgia
 - Neurologia
 - Medicina Fisica e Riabilitativa – Mozzo
- ✚ Feed-back dalle strutture coinvolte

The Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

(Gélinas et al., 2006)

ASSIST INFERM RIC 2011; 30: 135-143

Francesca Stefani,¹ Giuseppe Nardon,² Raffaele Bonato,³ Anna Modenese,⁴ Chiara Novello,⁵ Renata Ferrari⁵

¹Coordinatore Infermieristico, U.O.C Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

²Coordinatore Infermieristico, U.O. Terapia Intensiva di Cardiocirurgia, Dipartimento Cardiovascolare

³Medico, Direttore U.O.C: Anestesia e Rianimazione, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

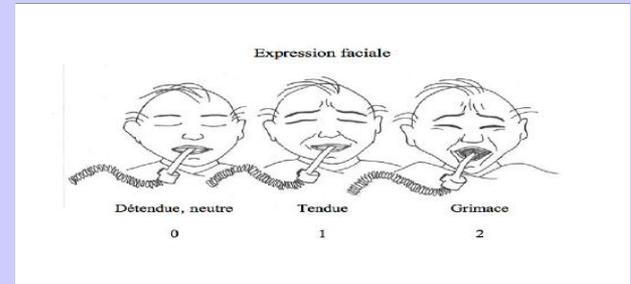
⁴Medico, Direzione Medica Ospedaliera

⁵Psicologa, U.O.s Psicologia Ospedaliera ULSS 6 Vicenza, Ospedale "San Bortolo" ULSS 6 Vicenza

La validazione della scala C-POT: uno strumento di rilevazione del dolore nei pazienti in terapia intensiva

Prende in considerazione 4 categorie di comportamenti:

- Espressioni facciali
- Movimenti del corpo
- Tensione muscolare
- **Personne intubate o persone non intubate**



Scala C-POT

Criteria di inclusione

La scala deve essere applicata tutti i pazienti non in grado di comunicare che abbiano compiuto i 18 anni

Criteria di esclusione

Sono esclusi i pazienti curarizzati – tetraplegici (per qualunque causa)

C-POT Espressione facciale

Il diagramma mostra tre espressioni facciali di un bambino con un tubo endotracheale in bocca. L'espressione 0, 'Détendue, neutre', mostra un bambino con gli occhi chiusi e un'espressione rilassata. L'espressione 1, 'Tendue', mostra un bambino con gli occhi chiusi e una tensione visibile. L'espressione 2, 'Grimace', mostra un bambino con gli occhi chiusi e una bocca aperta o mordente il tubo, indicando dolore o disagio. <p>Expression faciale</p> <p>Détendue, neutre 0 Tendue 1 Grimace 2</p>	Rilassato, neutrale 0	Nessuna tensione muscolare osservata
	Tensione 1	Presenza di piglio accigliato, chiusura e contrazione degli occhi o qualsiasi altro cambiamento (ad esempio occhi aperti e presenza di lacrime durante le procedure nocicettive)
	Smorfia 2	Tutti i movimenti facciali precedenti più la chiusura "forzata" degli occhi (il paziente può presentare la bocca aperta o mordere il tubo endotracheale)

C-POT Movimenti del corpo

Movimenti del corpo	Assenza di movimenti 0 o posizione normale	Non si muove (non significa necessari menate che il dolore non sia presente) o posizione normale (il movimento non porta verso la sede di dolore o non viene compiuto allo scopo di protezione)
	Protezione 1	Movimenti lenti e cauti, tocca e strofina la sede del dolore alla ricerca di attenzione attraverso il movimento
	Senza tregua Agitazione 2	Tira i tubi, tentando di mettersi a sedere, muove gli arti, non segue i comandi, colpisce il personale, cerca di uscire dal letto

C-POT Adattamento al ventilatore

Vocalizzazioni

Compliance al ventilatore (pazienti intubati)	Tollera il ventilatore o movimento 0	Allarmi non attivi, ventilazione facile
	Tosse ma tollerata 1	Tosse, allarmi possono essere attivi ma si tacitano spontaneamente
	Combatte il ventilatore 2	Asincronia: blocca il ventilatore, allarma suona frequentemente
Vocalizzazioni (pazienti estubati)	Parla con tono normale 0 non suoni	Parla con tono normale, non vi è presenza di suoni
	Sospiro, gemito 1	Sospiro, gemito
	Pianto e singhiozzo 2	Pianto e singhiozzo

C-POT tensione muscolare

Tensione muscolare (valutazione attraverso la flessione ed estensione passiva del braccio durante il riposo e valutazione del paziente quando lo si volta)	Rilassato 0	Nessuna resistenza ai movimenti passivi
	Tensione, rigidità 1	Resistenza ai movimenti passivi
	Molto teso e rigido 2	Forte resistenza ai movimenti passivi o incapacità a completarli

Indicazioni all'uso della CPOT

Cut-off per intervento terapeutico =>4

Il paziente deve essere osservato a riposo per un minuto per ottenere un valore basale di CPOT.

il paziente deve essere osservato durante le procedure nocicettive (ad esempio mobilizzazione, medicazioni) per rilevare eventuali cambiamenti nei comportamenti del paziente al dolore.

Il paziente deve essere valutato prima e dopo la somministrazione di un analgesico per valutare se il trattamento è stato efficace o meno per alleviare il dolore.

Per la valutazione del CPOT, al paziente deve essere attribuito il punteggio più alto osservato.

.....

.....

Quando valutare il dolore?



- ✚ Almeno due volte al giorno
- ✚ Ogni qual volta l'operatore sanitario lo ritiene necessario
- ✚ in risposta al trattamento antalgico (30 minuti dopo somministrazioni endovenosa, 60 minuti dopo terapia somministrata per via orale)

The Critical-Care Pain Observational Tool (CPOT) (Gélines et al 2006-2009-2011)

Indicatore	Punteggio	Descrizione
Espressione facciale	Rilassato, neutrale 0	Nessuna tensione muscolare osservata
	Tensione 1	Presenza di piglio accigliato, chiusura e contrazione degli occhi o qualsiasi altro cambiamento (ad esempio occhi aperti e presenza di lacrime durante le procedure nocicettive??)
	Smorfia 2	Tutti i movimenti facciali precedenti più la chiusura "forzata" degli occhi (il paziente può presentare la bocca aperta o mordere il tubo endotracheale)
Movimenti del corpo	Assenza di movimenti o posizione normale 0	Non si muove (non significa necessari menate che il dolore non sia presente) o posizione normale (il movimento non porta verso la sede di dolore o non viene compiuto allo scopo di protezione)
	Protezione 1	Movimenti lenti e cauti, tocca e strofina la sede del dolore alla ricerca di attenzione attraverso il movimento
	Agitazione Senza tregua 2	Tira i tubi, tentando di mettersi a sedere, muove gli arti, non segue i comandi, colpisce il personale, cerca di uscire dal letto
Compliance al ventilatore (pazienti intubati)	Tollera il ventilatore o movimento 0	Allarmi non attivi, ventilazione facile
	Tosse ma tollerata 1	Tosse, allarmi possono essere attivi ma si tacitano spontaneamente
	Comabtte il ventilatore 2	Asincronia: blocca il ventilatore, allarma suona frequentemente
Vocalizzazioni (pazienti estubati)	Parla con tono normale - non suoni 0	Parla con tono normale, non vi è presenza di suoni
	Sospiro, gemito 1	Sospiro, gemito
	Pianto e singhiozzo 2	Pianto e singhiozzo
TOTAL	Rilassato 0	Nessuna resistenza ai movimenti passivi
	Tensione, rigidità 1	Resistenza ai movimenti passivi
	----- / 8	

Scala Abbey



Abbey Pain Scale

For measurement of pain in people with dementia who cannot verbalise.

How to use scale : While observing the resident, score questions 1 to 6.

Name of resident :

Name and designation of person completing the scale :

Date : **Time :**

Latest pain relief given was.....at.....hrs.

Q1. Vocalisation
eg whimpering, groaning, crying
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q1

Q2. Facial expression
eg looking tense, frowning, grimacing, looking frightened
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q2

Q3. Change in body language
eg fidgeting, rocking, guarding part of body, withdrawn
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q3

Q4. Behavioural Change
eg increased confusion, refusing to eat, alteration in usual patterns
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q4

Q5. Physiological change
eg temperature, pulse or blood pressure outside normal limits,
perspiring, flushing or pallor
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q5

Q6. Physical changes
eg skin tears, pressure areas, arthritis, contractures,
previous injuries
Absent 0 Mild 1 Moderate 2 Severe 3 Q6

Add scores for 1 - 6 and record here ➔ **Total Pain Score**

Now tick the box that matches the
Total Pain Score ➔

0 - 2 No pain	3 - 7 Mild	8 - 13 Moderate	14 + Severe
------------------	---------------	--------------------	----------------

Finally, tick the box which matches
the type of pain ➔

Chronic	Acute	Acute on Chronic
---------	-------	------------------

La scala Abbey



La scala Abbey è costituita da sei settori esploranti differenti aree di espressione del dolore. Esse sono:

1. VERBALIZZAZIONE
2. ESPRESSIONE FACCIALE
3. CAMBIAMENTO DEL LINGUAGGIO CORPOREO
4. CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO
5. CAMBIAMENTO FISIOLOGICO
6. CAMBIAMENTO FISICO

Quando applicarla?



CONFUSIONE MENTALE

Stato nel quale la persona è soggetta a disturbi dell'attività cognitiva, dell'attenzione, della memoria e dell'orientamento, dall'origine o dall'insorgenza indeterminata.

Caratteristiche definenti maggiori (devono essere presenti)

Disturbi di: Stato di coscienza, Attenzione, Percezione, Ciclo sonno-veglia, Memoria, Orientamento, Pensiero Comportamento psicomotorio (tempo di reazione, velocità di movimento, fluire del discorso, movimenti involontari, scrittura manuale)

Caratteristiche definenti minori (possono essere presenti)

Percezioni errate, Iper vigilanza, Agitazione.

La scala Abbey



1 VOCALIZZAZIONE

Esempio: gemiti, lamenti, pianto

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

2 ESPRESSIONI FACCIALI

Esempio aspetto teso, aggrottamento di ciglia, smorfie, aspetto spaventato

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

La scala Abbey



3 CAMBIAMENTI LINGUAGGIO DEL CORPO

Esempio: agitazione, posizioni di difesa di parte del corpo, atteggiamenti di allontanamento

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

4 CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI

Esempio: stato confusionale, rifiuto del cibo, alterazione degli schemi abituali

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

La scala Abbey



5 ALTERAZIONI FISILOGICHE

Es: temperatura corporea, alterazioni del polso della pressione arteriosa, sudorazione, rossore o pallore

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

6 ALTERAZIONI CORPOREE

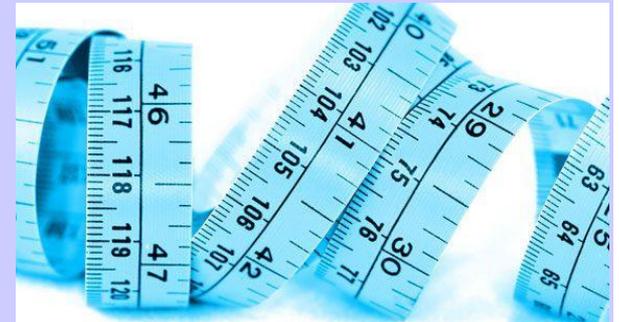
Es: lacerazioni della cute, lesioni da decubito, artrite, contratture, pregresse lesioni

Assente 0	Lieve 1	Moderato 2	Severo 3
-----------	---------	------------	----------

Misurazione

Per ogni settore esplorato è previsto un indice di severità che va da 0 a 3 in cui 0 corrisponde a dolore assente; 1 a dolore lieve; 2 a dolore moderato; 3 a dolore severo.

0-2	No dolore
3-7	lieve
8-13	moderato
>14	severo



Cut-off per intervento terapeutico = >7

Quando valutare il dolore?



- ✚ Almeno due volte al giorno
- ✚ Ogni qual volta l'operatore sanitario lo ritiene necessario
- ✚ in risposta al trattamento antalgico (30 minuti dopo somministrazioni endovenosa, 60 minuti dopo terapia somministrata per via orale)

VALUTAZIONE DEL DOLORE NEI PAZIENTI CON DEFICIT COGNITIVI
Abbey Pain Scale Dementia Care Australia Pty Ltd

Come usare la scala: mentre si osserva il soggetto, dare un punteggio alle domande da 1 a 6

1. Vocalizzazione es gemiti, lamenti, pianto	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	1
2. Espressioni facciali es aspetto teso, aggrottamento di ciglia, smorfie, aspetto spaventato	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	2
3. Cambiamenti nel linguaggio del corpo es agitazione, posizioni di difesa di parte del corpo, atteggiamenti di allontanamento	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	3
4. Cambiamenti comportamentali es stato confusionale, rifiuto del cibo, alterazioni degli schemi abituali	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	4
5. Alterazioni fisiologiche es temperature corporea, alterazioni del polso o della pressione arteriosa, sudorazione, rossore o pallore	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	5
6. Alterazioni corporee es lacerazioni della cute, lesioni da decubito, artrite, contratture, pregresse lesioni	<i>Assente 0</i>	<i>Lieve 1</i>	<i>Moderato 2</i>	<i>Severo 3</i>	<input type="checkbox"/>	6
Somma i punteggi 1 - 6 e registrati \Rightarrow qui					Punteggio totale del dolore	<input type="checkbox"/>

Adesso segna il box in base al dato del Punteggio totale del dolore



0 - 2 No dolore	3 - 7 Lieve	8 - 13 Moderato	14+ Severo
---------------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------

0-2 *3-7* *8-13* *14+*

ATTENZIONE A..

La somministrazione di questi strumenti nel soggetto con decadimento cognitivo lieve-moderato e limitazione dell'attenzione, richiede l'osservanza di alcune regole (Wheeler,2006):

- 1. evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione*
- 2. eliminare i possibili disturbi ambientali*
- 3. assicurare una buona illuminazione*
- 4. disponibilità di grossi pennarelli e/o immagini*
- 5. ripetere le istruzioni*
- 6. utilizzare termini semplici*
- 7. lasciare un adeguato tempo per rispondere*
- 8. se necessario ripetere le domande utilizzando le stesse parole*

Cosa dobbiamo ancora fare?

Diffondere al procedura

- ✚ Entro dicembre incontri di formazione con i referenti del COSD
- ✚ Nel 2014 diffusione capillare della procedura



Grazie per l'attenzione

cotsd@hpg23.it



Pain Nursing Magazine
Italian Online Journal

un'iniziativa
editoriale
della Fondazione
Paolo Procacci Onlus

<http://www.painnursing.it/>