

Azienda Ospedaliera Universitaria
Arcispedale S. Anna
Ferrara



SCALE di VALUTAZIONE Del DOLORE

G.O.S.D.

SCOPO

- Dati confrontabili tra loro
 - Rilevare il grado di compromissione o invalidità a scopo curativo
 - Individuare le strategie d'intervento personalizzate
 - Disporre di strumenti per verificarne l'efficacia
- ↓
- valutare i futuri interventi terapeutici





Caratteristiche

- ⇒ Facile e ripetuto utilizzo
- ⇒ Adattabile
- ⇒ Affidabile
- ⇒ Valido
- ⇒ Sensibile





Tipologia scale di v.



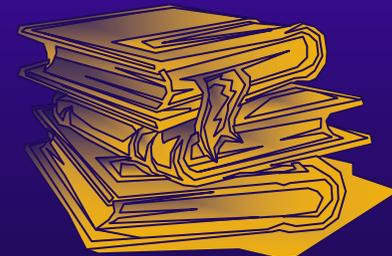
Scale di valutazione verbale o Scale Self-Report

“soggettive” o dirette
(vas, vrs, nrs e fps)



Scale di valutazione del comportamento

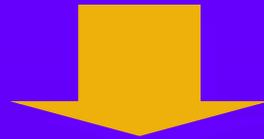
“oggettive” o indirette
(cheops)



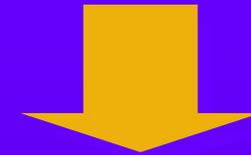


Scale di valutazione verbali

(metodo "soggettivo" o diretto)



Scale unidimensionale



Scale multidimensionale



VAS

VRS

NRS

FPS



MPQ



(SCALE UNIDIMENSIONALI)



VAS

scala analogica visiva

DOLORE



Nessun dolore

Massimo dolore possibile

SOLLIEVO DEL DOLORE



Nessun sollievo

Sollievo totale



ESEMPI DI SCALE VISIVE



A: SENZA ALCUNA SUDDIVISIONE

**DOLORE
INSOPPORTABILE**



ASSENZA DI DOLORE

B. SUDDIVISIONE DELLA SCALA
IN SEGMENTI INTERMEDI

**DOLORE
INSOPPORTABILE**



ASSENZA DI DOLORE

SCALE GRAFICHE



**DOLORE
INSOPPORTABILE**



DOLORE FORTE

**DOLORE DI
MODERATA ENTITA'**

DOLORE LIEVE

ASSENZA DI DOLORE



ASSENZA DI DOLORE

DOLORE INSOPPORTABILE



Vantaggi:

- **Semplice e ripetuto utilizzo**
- **Facilmente compreso**
- **Può essere usato nei bambini di età superiore ai 7 anni**

Svantaggi:

- **Non tutti i pazienti la possono eseguire**
- **Stato psicofisico del paziente**
- **Può essere difficile l'interpretazione visiva rispetto a quella verbale**

V.R.S.



Scala di valutazione verbale

Quanto dolore sta provando	Indichi un numero
Nessuno	1
Molto lieve	2
Lieve	3
Moderato	4
Forte	5
Molto forte	6

Vantaggi:

- Semplice, veloce
- Comprensibile
- Più sensibile della VAS per la valutazione degli analgesici nel dolore acuto

Svantaggi:

- Eccesso di semplicità
- Numero ristretto dei termini
- Modesta utilità per la valutazione dell'outcome delle terapie sul dolore moderato e leggero





NRS

SCALA INTERVALLARE NUMERICA

(NUMERICAL RATING SCALE)



Nessun
dolore

Il più forte
immaginabile

Vantaggi:

- .Facile comprensione sia per l'anziano che per il bambino al di sopra dei sette anni d'età
- .Elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria richiesta per eseguire la VAS

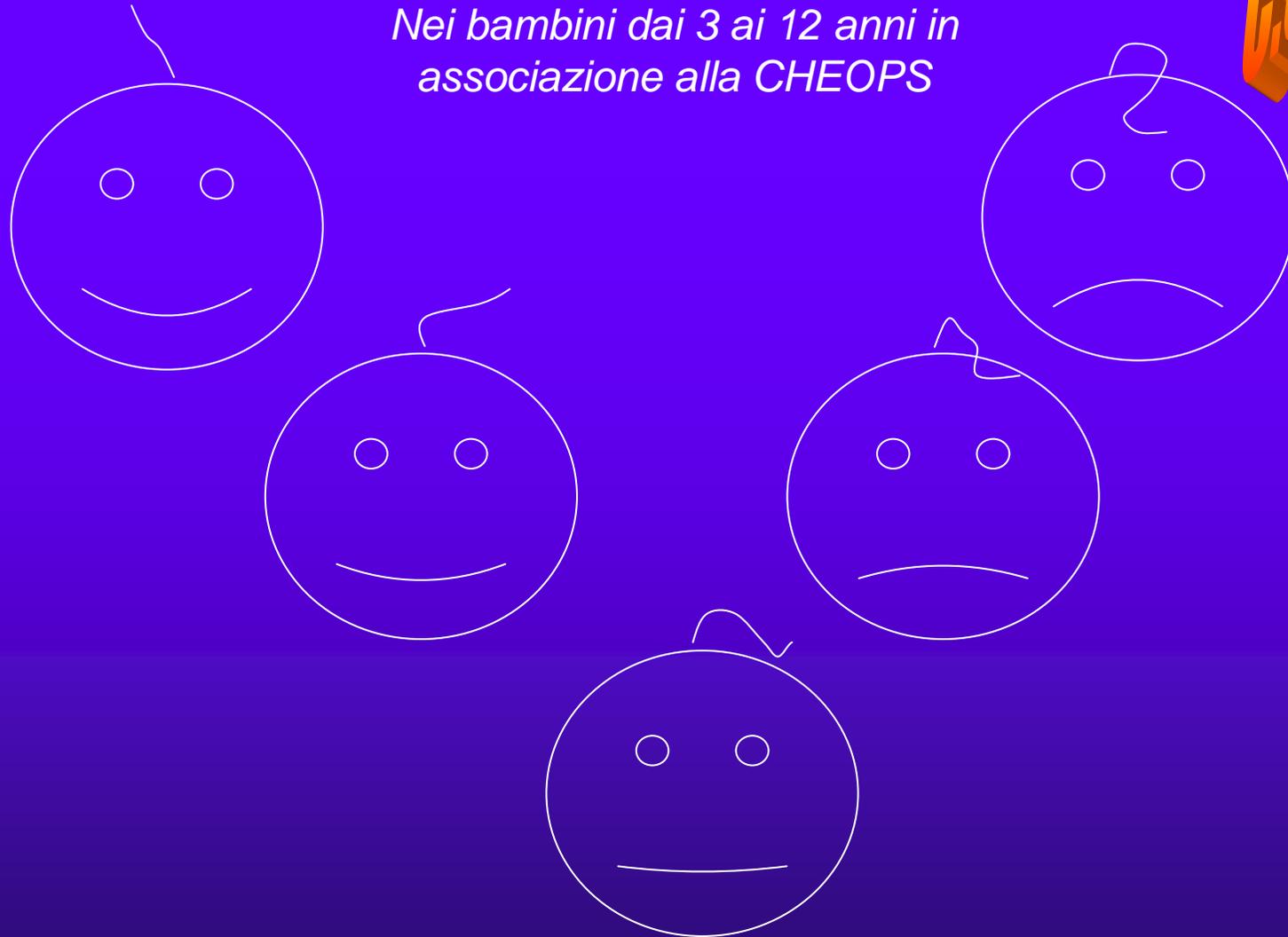
Svantaggi:

- .Può risultare meno sensibile ai cambiamenti del dolore rispetto alla VAS

FACES PAIN SCALE

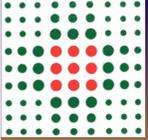
*Nei bambini dai 3 ai 12 anni in
associazione alla CHEOPS*

GO.S.A.

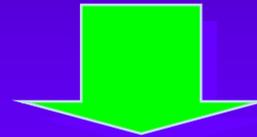


Punteggio 0/4

Cut off uguale / superiore a 2



Scale di valutazione del comportamento (metodo "oggettivo" o indiretto)



Indicatori fisiologici **Indicatori comportamentali**

Variazione parametri:



• **Cardiocircolatori**

Pianto

• **Respiratori**

Espressione facciale

• **ecc..**

Postura

ecc..

VALUTAZIONE STRUMENTALE DEL DOLORE



FREQUENZA CARDIACA



PRESSIONE ARTERIOSA



FREQUENZA RESPIRATORIA

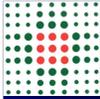


SATURAZIONE OSSIGENO



CHEOPS

ITEM	COMPORTAMENTO	PUNT.	DEFINIZIONE
Pianto	Assenza di pianto	1	Il bambino non sta piangendo
	Lamento	2	Il bambino si sta lamentando sommessamente sta piangendo in silenzio
	Pianto	2	Il bambino sta piangendo ,ma il pianto è somnesso o lamentoso
	Pianto disperato	3	Il bambino è in un pianto disperato singhiozzante (il punteggio può essere assegnato sia che il bambino si lamenti o no)
Faccia	Normale	1	L'espressione della faccia è normale
	Sofferente	2	Il punteggio viene assegnato solo se l' espressione della faccia è chiaramente sofferente
	Sorridente	0	Il punteggio è assegnato solo se l'espressione della faccia è chiaramente positiva
Parole	Silenzio	1	Il bambino non sta parlando
	Lamentele su altre cose	1	Il bambino si lamenta ma non per il dolore: es . " io voglio vedere la mamma " o " Io ho sete "
	Lamentele di dolore	2	Il bambino si lamenta per il dolore
	Lamentele su l'una e l' altra cosa	2	Il bambino si lamenta sia per il dolore che per altre cose : es " Mi fa male - Voglio vedere la mamma"
	Positive	0	Ogni dichiarazione che il bambino fa è positiva oppure parla su altre cose senza lamentarsi
Dorso	Normale	1	Il corpo (esclusi gli arti) sta fermo ; il dorso è normale
	Sgusciante	2	Il corpo è in movimento in maniera sgusciante e sinuoso
	Teso	2	Il corpo è inarcato e rigido
	Tremante	2	Il corpo è percorso da brividi o da scosse involontarie
	Dritto	2	Il bambino sta in una posizione verticale o dritta
	Immobilizzato	2	Il corpo è immobilizzato
Tatto	Non tocca	1	Il bambino non sta toccando o afferrando la ferita
	Allunga la mano	2	Il bambino allunga la mano verso la ferita ma non la tocca
	Tocca	2	Il bambino tocca adagio la ferita o la zona della ferita
	Stringe	2	Il bambino sta vigorosamente stringendo la ferita
	Immobilizzato	2	Il bambino tiene le braccia immobili
Gambe	Normali	1	Le gambe possono essere in qualsiasi posizione ma sono rilassate : sono compresi movimenti di tipo acquatico o sinuosi
	Contorcanti/scalcianti	2	Movimenti delle gambe decisamente agitati o irrequieti e/o tira calci con un piede o con i piedi
	Dritte/ irrigidite	2	Le gambe sono irrigidite e o bloccate strette vicino al corpo e restano lì
	Distese	2	Distese o rannicchiate piegate all' altezza del ginocchio
	Immobilizzate	2	Le gambe del bambino sono tenute a freno , piegate



CHEOPS

ITEM	COMPORAMENTO	PUNT.	DEFINIZIONE
Pianto	Assenza di pianto	1	Il bambino non sta piangendo
	Lamento	2	Il bambino si sta lamentando sommessamene sta piangendo in silenzio
	Pianto	2	Il bambino sta piangendo ,ma il pianto è somnesso o lamentoso
	Pianto disperato	3	Il bambino è in un pianto disperato singhiozzante (il punteggio può essere assegnato sia che il bambino si lamenti o no)
Faccia	Normale	1	L'espressione della faccia è normale
	Sofferente	2	Il punteggio viene assegnato solo se l' espressione della faccia è chiaramente sofferente
	Sorridente	0	Il punteggio è assegnato solo se l'espressione della faccia è chiaramente positiva
Parole	Silenzio	1	Il bambino non sta parlando
	Lamentele su altre cose	1	Il bambino si lamenta ma non per il dolore: es . “ io voglio vedere la mamma “ o “ lo ho sete “
	Lamentele di dolore	2	Il bambino si lamenta per il dolore
	Lamentele su l'una e l' altra cosa	2	Il bambino si lamenta sia per il dolore che per altre cose : es “ Mi fa male — Voglio vedere la mamma”
	Positive	0	Ogni dichiarazione che il bambino fa è positiva oppure parla su altre cose senza lamentarsi

Dorso	Normale	1	Il corpo (esclusi gli arti) sta fermo ; il dorso è normale
	Sgusciante	2	Il corpo è in movimento in maniera sgusciante e sinuoso
	Teso	2	Il corpo è inarcato e rigido
	Tremante	2	Il corpo è percorso da brividi o da scosse involontarie
	Dritto	2	Il bambino sta in una posizione verticale o dritta
	Immobilizzato	2	Il corpo è immobilizzato

Tatto	Non tocca	1	Il bambino non sta toccando o afferrando la ferita
	Allunga la mano	2	Il bambino allunga la mano verso la ferita ma non la tocca
	Tocca	2	Il bambino tocca adagio la ferita o la zona della ferita
	Stringe	2	Il bambino sta vigorosamente stringendo la ferita
	Immobilizzato	2	Il bambino tiene le braccia immobili

Gambe	Normali	1	Le gambe possono essere in qualsiasi posizione ma sono rilassate : sono compresi movimenti di tipo acquatico o sinuosi
	Contorcimenti/scalcianti	2	Movimenti delle gambe decisamente agitati o irrequieti e/o tira calci con un piede o con i piedi
	Dritte/ irrigidite	2	Le gambe sono irrigidite e o bloccate strette vicino al corpo e restano lì
	Distese	2	Distese o rannicchiate piegate all' altezza del ginocchio
	Immobilizzate	2	Le gambe del bambino sono tenute a freno , piegate

Mc Grath, 1985

Punteggio 4/13
Cut Off uguale / superiore a 7
Tempo di osservazione 5/ 9 minuti

SCALE MULTIDIMENSIONALI

M.P.Q.

(Mc GILL PAIN QUESTIONAIRE)



- 82 AGGETTIVI RIPORTATI IN 20 CLASSI, RAGGRUPPATE IN 4 CATEGORIE

Versione semplificata

. 3 parti:

- 1) Scala descrittiva
- 2) Disegno frontale e dorsale di un corpo umano
- 3) Indice di stima del dolore si basa su una selezione d'aggettivi provenienti da 20 categorie che riflettono le componenti sensoriali, affettive e cognitive del dolore

Forma breve

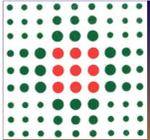
SF-MPQ contenente 15 aggettivi la cui intensità è valutata da una scala numerico-verbale a 4 punti

Vantaggi:

- . La versione semplificata è uno strumento di pregio e di completezza

Svantaggi:

- .Troppo tempo per la compilazione
- .Livello di cultura e attenzione medio-alto
- .Sbilanciata quantitativamente verso il versante sensoriale



Azienda Ospedaliera Universitaria
Arcispedale S. Anna
Ferrara

G.O.S.D.



Perché misurare il dolore



Obiettivo:

Contrastare il dolore



Aumentare la consapevolezza del problema nel personale medico/infermieristico attraverso 4 principali misure:



1. Lavoro in èquipe



2. Formazione e aggiornamento continui

3. Utilizzo ottimale delle risorse



Organizzazione

Approccio multidisciplinare al trattamento del dolore

Uniformare il
comportamento di tutti gli
operatori

Migliorare il rapporto di
fiducia infermiere/ paziente
medico/paziente

Educare il paziente

Bisogna abituarlo ad esprimere tale sintomo

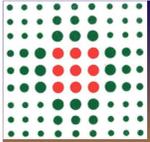
Riferirne l'esistenza

Le caratteristiche

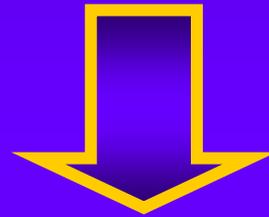
Deve sapere a chi rivolgersi

4. Educare i suoi familiari





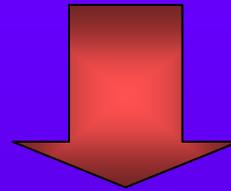
La valutazione del dolore



Quinto parametro vitale



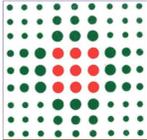
Selezionare lo strumento più idoneo per la rilevazione del dolore



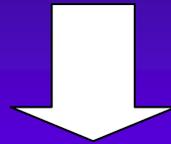
STATO COMPORTAMENTALE



STATO COGNITIVO



Determinare se l'utente ha dolore



Rilevare il dolore a tutti i pazienti ricoverati

All'accoglimento in reparto

In Pronto Soccorso

In Day Hospital

● Stessa scala

● Stesso modo di
rilevazione

● Stessa modalità
temporale

● Ogni volta che vi è
segnalazione di dolore

● Se l'utente è sofferente: a tempo
0 e dopo 10 m'/30m'/1 ora e 3 ore
dall'analgesico

● Intervalli regolari



Suggerimenti per la misurazione del dolore



- ✓ Spiegare in modo semplice e con l'utilizzo del supporto visivo, lo scopo della rilevazione del dolore;
- ✓ Chiedere al paziente se ha dolore;
- ✓ Non suggerire mai le risposte al paziente;
- ✓ Mai fare una valutazione al posto suo presumendo di conoscere come si sente;
- ✓ Mai commentare la sua risposta;
- ✓ Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza;





- ✓ Se il paziente divaga richiamarlo con attenzione alle istruzioni;
- ✓ Se il paziente è ipoacusico utilizzare un supporto cartaceo
- ✓ Se il paziente è muto: far indicare sull'analogo visivo la risposta;
- ✓ Se i parenti impediscono la rilevazione, rispiegarne lo scopo;
- ✓ Non fornire mai vantaggi secondari di tipo relazionale-attenzionale alle lamentele di dolore del paziente;



RIENTRA NELLE NOSTRE COMPETENZE

- ✓ Valutare la presenza di dolore attraverso le apposite scale e registrare il dato in cartella (assieme agli altri parametri vitali)
- ✓ Somministrare i farmaci analgesici prescritti
- ✓ Se ev verificare il regolare funzionamento delle apparecchiature
- ✓ Valutare l'efficacia del piano di trattamento misurando l'intensità del dolore
- ✓ In caso di analgesia, ricontrollare i "circuiti" se tutto ok, avvisare il medico per la somministrazione su prescrizione, dell'analgesico di salvataggio
- ✓ Valutare e segnalare al medico gli effetti collaterali e preparare i farmaci per il loro trattamento
- ✓ Rivalutare l'intensità del dolore ogni volta che questo si manifesta
- ✓ Registrare sulla cartella infermieristica e medica.





il futuro in

team

