

● Score per la valutazione del Dolore

L'uso di scale e score se validati, permettono la valutazione oggettiva di uno stato clinico. L'uso di scale e score se validati, permettono la valutazione oggettiva di uno stato clinico.

Per valutare lo stato di disidratazione sono state sviluppate diverse scale che combinano segni e sintomi tra le quali:

la Clinical Dehydration Scale (CDS),

la scala dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)

la scala Gorelick.

Allo stato attuale nessuna di queste scale ha raggiunto livelli di sensibilità tali da essere accettata a livello internazionale come migliore scala per valutare con precisione il grado di disidratazione.

Per valutare il dolore sono state sviluppate diverse scale che differenziano la valutazione in base all'età del paziente:

- scale di autovalutazione: possono essere utilizzate nel bambino a partire dai 3 anni di età e prevedono l'utilizzo di foto, disegni o figure di visi stilizzati che rappresentano i diversi livelli del dolore **Scala Wong/Baker, Scala NRS, Scala VAS**
- scale osservazionali: sono scale comportamentali validate per la misurazione del dolore, con possibilità di somministrazione in tutte le età pediatriche **Scala Flacc**

Nei pazienti collaboranti il gold standard per la valutazione del dolore è l'autovalutazione

“ Cite

Hayward M. Pain: clinical manual for nursing practice Pain: clinical manual for nursing practice Margo McCaffery Alexander Beebe Mosby Yearbook UK £17.25 0 7234 1992 2. Nurs Stand. 1994 Dec 7;9(11):55-55.

Schema PQRST

E' un sistema rapido per memorizzare quali caratteristiche del dolore occorre cercare (Provocazione, Qualità, iRradiazione, Severità, Tempo).

PQRST	
PROVOCAZIONE (provocation/palliation)	Da cosa è provocato il dolore Che cosa lo fa peggiorare Che cosa lo fa migliorare
QUALITA' (quality/Description)	Che tipo di dolore è A cosa assomiglia
IRRADIAZIONE (region/radiation)	Dove è il dolore Dove si irradia
SEVERITA' (GRAVITA') (severity/scale)	Quanto è forte Qual è la misura del dolore
TEMPO (timing/type of onset)	C'è sempre o va e viene Da quanto tempo dura

“ Cite

Registered Nurses Association of Nursing. Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing. Assessment & management of pain, 2002; pg. 10, Revised 2007

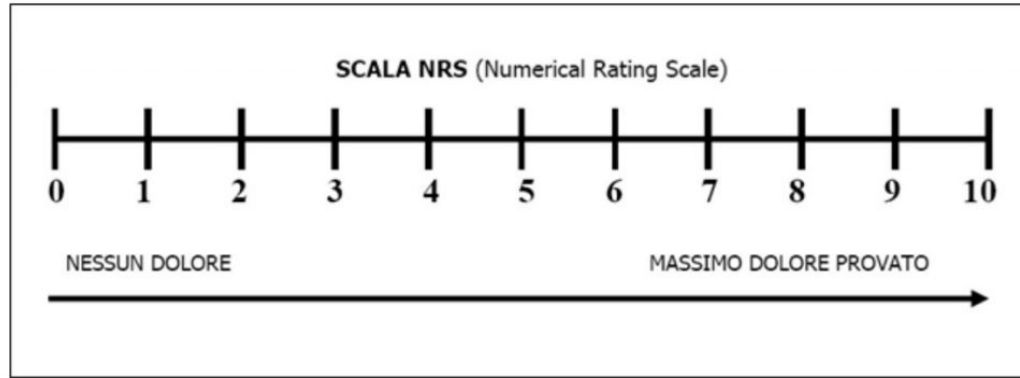
Scala di Wong Baker FACES



	Codice 1 ROSSO	Codice 2 ARANCIONE	Codice 3 AZZURRO	Codice 4 VERDE	Codice 5 BIANCO
W/B FACES		8 - 10	4 - 7	1 - 3	0

Fonte: Chang J, Versloot J, Fashler SR, McCrystal KN, Craig KD. Pain assessment in children: Validity of facial expression items in observational pain scales. Clin J Pain. 2015;31(3):189–97.

Scala NRS

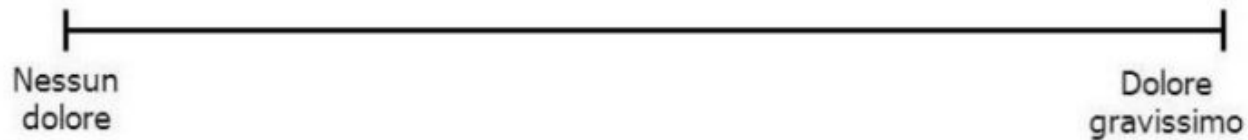


	Codice 1 ROSSO	Codice 2 ARANCIONE	Codice 3 AZZURRO	Codice 4 VERDE	Codice 5 BIANCO
NRS		8 - 10	4 - 7	1 - 3	0

Fonte:Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978 Aug;37(4):378-81. doi: 10.1136/ard.37.4.378. PMID: 686873; PMCID: PMC1000250

Scala VAS

Scala analogica visiva (VAS)



	Codice 1 ROSSO	Codice 2 ARANCIONE	Codice 3 AZZURRO	Codice 4 VERDE	Codice 5 BIANCO
VAS					

Fonte: Williamson A, Hoggart B (2005) Pain: a review of three commonly used pain rating scales. Journal of Clinical Nursing, 14(7), 798-804.

Categoria	0	1	2
VOLTO	Espressione neutra o sorriso	Smorfia occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente e costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
GAMBE	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
ATTIVITA'	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
PIANTO	Assenza di pianto (durante la veglia o durante il sonno)	Geme e piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
CONSOLABILITA'	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio e dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

	Codice 1 ROSSO	Codice 2 ARANCIONE	Codice 3 AZZURRO	Codice 4 VERDE	Codice 5 BIANCO
FLACC		8 - 10	4 - 7	1 - 3	0

Fonte: Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya S. The FLACC: A Behavioral Scale for Scoring Postoperative Pain in Young Children. *Pediatr Nurs.* 1997;23(3):293–297.
 Voepel-Lewis T, Merkel S, Tait AR, Trzcinka A, Malviya S. The Reliability and Validity of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Observational Tool as a Measure of Pain in Children with Cognitive Impairment.

Utilizzo delle scale

SCALA	FASCIA DI ETA'	VANTAGGI	SVANTAGGI
W B faces	3-18	Molto intuitiva	Poco sensibile
NRS	8-18	Praticità: uso verbale , nessun supporto cartaceo, di facile comprensione Ottimo utilizzo per via telefonica	Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero N° di intervalli minori rispetto alla VAS
VAS	8-17	Alta sensibilità Semplice e ripetuto utilizzo	Necessità di supporto cartaceo Non può essere utilizzata per pazienti con disturbi visivi, deficit cognitivi o fisici Difficile per pazienti con stato avanzato di malattia
FLACC	0-3	Facilmente memorizzabile ed applicabile	Mancanza di coerenza tra punteggi ottenuti da osservatori diversi

Fonte: (Garra G et al., 2013) (Pagé MG et al., 2012) (Bailey B et al., 2012) (Merkel SI et al., 1997)