La valutazione del dolore nell'adulto con decadimento cognitivo: valutazione critica della letteratura

La valutazione del dolore nelle persone con decadimento cognitivo rimane, al momento, un procedimento complesso per gli operatori. L'individuazione di uno strumento, unico e condiviso, per la valutazione comportamentale del dolore da utilizzarsi nella persona con decadimento cognitivo severo, risulta essere importante ed auspicabile. L'utilizzo della scala PAINAD sembra essere adeguata per tale scopo anche se mancano ancora evidenze scientifiche sufficienti a sostenerne l'uso. Alcune revisioni sistematiche di seguito esaminate confrontano i diversi set di strumenti al fine di testare la loro validità e utilità.

Di Lorenzo Righi *(Infermiere, U.A. PS ed Emergenza Sanitaria Territoriale NORD SI -VE, USL Toscana Sud Est)*, Christian Ramacciani Isemann *(Infermiere Coordinatore, U.A. Pronto Soccorso di Pitigliano GR, USL Toscana Sud Est)*, Simone Nykieforuk *(Infermiere, U.O.C. Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Accettazione e Pronto Soccorso di Grosseto USL Toscana Sud Est)*, Luisa Bertò *(Infermiere Coordinatore, UAD Materno Infantile SO VC, USL Toscana Sud Est)*, Fulvia Marini *(Infermiere Coordinatore, U.O.C. Continuità Assistenziale Ostetrica e di supporto all'assistenza, USL Toscana Sud Est)*

La valutazione del dolore nei pazienti anziani può risultare complessa data la presenza di un possibile stato di decadimento cognitivo, dovuto a patologie neurodegenerative come la demenza. In questi casi, data la difficoltà, per il paziente, di riferire il dolore e la sua entità, tale fenomeno rischia di essere sottovalutato e trattato inadeguatamente. A complicare il quadro sono gli stessi segni comportamentali di demenza o i sintomi psicologici come confusione, agitazione, aggressività, allucinazioni che possono oscurare la presenza di dolore; in queste condizioni il dolore può essere segnalato dal paziente attraverso altri segni come pianto, smorfie del viso, assenza di riposo, lamentele o chiamate persistenti. La difficoltà di interpretazione del livello di dolore in nei pazienti affetti da demenza è quindi molto elevata e, per tale ragione, è necessario sviluppare un attento atteggiamento di ascolto, osservazione da parte di chi se ne prende cura, utilizzando anche idonei strumenti di valutazione.

La complessità nell'identificare accuratamente la presenza del dolore nei pazienti con demenza solleva dei dubbi sulla validità degli strumenti attualmente esistenti. Sono state pubblicate un gran numero di revisioni sistematiche che analizzano il valore relativo e la forza delle prove degli strumenti esistenti. Le proprietà psicometriche e discriminatorie e l'utilità clinica degli strumenti attualmente disponibili non sono ancora chiari. Di conseguenza, non vi è una chiara guida per il personale sanitario sulla valutazione efficace del dolore nei pazienti con decadimento cognitivo; lo scopo del presente elaborato è pertanto quello di analizzare le scale di valutazioni attualmente esistenti.

Materiali e metodi

È stato identificato un quesito di ricerca attraverso la metodologia PICO. È stata quindi condotta una ricerca nella banca dati *Medline* combinando le parole chiave "*pain assessment", "pain measurement", "cognitive impairment", "dementia" e "cognitive dysfunction*" nella seguente stringa: ["*pain measurement" OR "pain assessment) AND ("dementia" OR "cognitive impairment" OR "cognitive dysfunction"*)]. Sono state prese in considerazione esclusivamente revisioni sistematiche.

P	Pazienti	Assistiti con decadimento cognitivo in tutte le sue forme (es. lieve, moderato e grave).
I	Intervento o esposizione	Utilizzo corrente di strumenti per la valutazione del dolore.
C	Comparazione	
O	Outcome	Validità della misurazione del dolore ottenuta attraverso gli strumenti presenti in letteratura; *feasibility* di utilizzo degli strumenti.
S	Studio	Revisioni Sistematiche con o senza metanalisi.

Tabella 1 – Quesito identificato tramite metodologia PICO

Gli articoli visionati emersi dalla stringa di ricerca sono stati in tutto 9. Di questi solo uno è stato arruolato per lo studio in oggetto (Lichtner V., et al. “Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools”). I rimanenti 8 articoli sono stati scartati: nello specifico 7 risultati non pertinenti e uno perchè prendeva in considerazione l’utilizzo di un solo strumento tra quelli disponibili in letteratura. L’articolo ha evidenziato 23 revisioni potenzialmente idonee per l’inclusione; 13 sono state escluse in quanto non fornivano dati sulle proprietà psicometriche degli strumenti. I 10 articoli rimanenti riportavano i dati di otto revisioni (vedi tabella 2). Ogni revisione inclusa in questa meta-revisione comprende tra 8 e 13 strumenti; i più frequentemente utilizzati sono le scale *Abbey Pain Scale*, NOPPAIN, PACSLAC, PADE, CNPI e PAINAD. Non tutte le revisioni hanno reso esplicito la metodologia di analisi delle scale considerate.

Riferimento	Pazienti e intervento / esposizione indagati	Tipo di Studio	Esiti	Risultati chiave	Limiti dello studio
Corbett A. et al., 2012	N. studi: 18; N. strumenti: 12 (Abbey Pain Scale; ADD protocol; CNPI; Doloplus-2; DS-DAT; EPCA-F2; NOPPAIN; PACSLAC-D; PADE; PAINAD; PAINE; PPI)	Review	Gli strumenti appaiono sensibili alle variazioni dell'intensità del dolore durante gli studi di trattamento.	È raccomandato l'uso di almeno due diversi approcci di valutazione del dolore nello stesso tempo nella pratica clinica e due diversi strumenti nella ricerca.	Analisi narrativa, la qualità degli studi non è riportata.
Herr K. et al., 2006	N. strumenti: 10 (Abbey Pain Scale; ADD protocol; CNPI; DS-DAT; Doloplus 2; FLACC; NOPPAIN; PACSLAC; PADE; PAINAD)	Review	Vi è una forte evidenza di affidabilità per un solo strumento: il DS-DAT. Nessuno degli strumenti ha dimostrato un forte supporto per la validità.	L'uso di uno strumento dovrebbe essere integrato alla valutazione globale del paziente. Uno strumento incluso ossia il protocollo ADD, è un esempio di tale approccio.	
Smith M. et al., 2005	N. strumenti: 8 (ADD; CNPI; DS-DAT; Comfort checklist; Observed Pain Behavior Scale; PADE; PAINAD; PPQ)	Review	Tra le scale analizzate il PAINAD risulta uno strumento valido in termini di contenuto, di affidabilità e attendibilità.	Ogni scala ha meriti e limiti. È necessario testare ulteriormente gli strumenti.	Nessun dato sul metodo di analisi (narrativa). Gli elenchi degli studi non sono stati riportati.
Qi NS. et al., 2012	N. studi: 23; N. strumenti: 10 (Abbey Pain Scale; CNPI; CPAT; Doloplus-2; Mahoney Pain Scale; MOBID; NOPPAIN; PACSLAC; PAINAD; REPOS)	Systematic review	Tre strumenti il MPS, il PACSLAC e il PAINAD mostrano i risultati più promettenti.	Nessun singolo strumento identificato deve essere raccomandato con sicurezza per l'uso in contesti di assistenza sia acuta sia a lungo termine. Le limitazioni includono l'assenza di punteggi limite che indicano dolore.	Non pubblicato in lingua inglese.
Jayoung P. et al., 2010	N. studi: 21; N. strumenti: 11 (Abbey Pain Scale; ADD protocol; Behavior Checklist; CNPI; DS-DAT; MOBID; NOPPAIN; PACSLAC; PADE; PAINAD; PATCOA)	Review	Tra le 11 scale esaminate, il PACSLAC sembra essere la migliore scala di valutazione del dolore per gli anziani con disabilità cognitive. Tuttavia sono raccomandati più test psicometrici.	La ricerca futura sulle scale del dolore per questa popolazione dovrebbe identificare quali scale sono affidabili e valide a vari livelli di compromissione cognitiva. Alcune delle scale revisionate non forniscono né metodi di punteggio né interpretazioni di punteggi. Pertanto, si raccomanda che i metodi di punteggio e la loro interpretazione accurata siano inclusi nella valutazione di queste scale.	Non sono spiegati i metodi per combinare i risultati.

Tabella 2 – Tabella sinottica delle Review, parte 1

Schofield P. et al., 2005	N. studi: 9; N. strumenti: 9 (Abbey Pain Scale; ADD protocol; CNPI; Dolopius-2; DS-DAT; NOPAIN; PADE; PAINAD; PACSLAC)	Review	Le scale più promettenti per la pratica e la ricerca sono: PACSLAC, Abbey Pain Scale e DOLOPLUS-2.	Utilizzare una scala di valutazione verbale è il metodo preferito per valutare il dolore; le scale comportamentali dovrebbero essere utilizzate solo quando sono presenti gravi deficit cognitivi. Collettivamente gli strumenti esaminati ovvalorano l'uso di indicatori comportamentali comuni del dolore, ma non dimostrano prove sufficienti per l'uso di una particolare scala. È necessario concentrarsi sulle scale che esistono già e impiegare più tempo per convalidarle.	Nessuna valutazione riporta la qualità degli studi. Limiti nella fase di valutazione dell'affidabilità e della validità degli strumenti.
Van Herk R. et al., 2007	N. strumenti: 13 (Abbey Pain Scale; ADD protocol; Behavior checklist; CNPI; Dolopius-2; DS-DAT; FACS; NOPAIN; PACSLAC; PADE; PAINAD; PATCOA; PSM)	Review	La PAINAD sembra la migliore scala possibile per la pratica.	Si suggerisce di sviluppare punteggi limite per le scale che indichino se intraprendere o meno interventi per il dolore; vi è la necessità di collegare la valutazione con gli algoritmi di trattamento.	Nessun dato sul metodo di analisi e sulla qualità degli studi, analisi narrativa, elenco studi non riportato.
Twaithaden SMG. et al., 2006	N. studi: 28; N. strumenti: 12 (Abbey Pain Scale; CNPI; DOLOPLUS2; ECPA; EES; NOPAIN; Observational Pain Behavior Tool; PACSLAC; PADE; Pain Assessment Tool for Use with Cognitive Impaired Adults; PAINAD; RaPID)	Systematic Review	PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS2 e ECPA mostrano le migliori (ma moderate) qualità psicometriche tra quelle recensite. Aggiungendo 2 items alle proprietà psicometriche, nella pratica, PACSLAC e DOLOPLUS2 appaiono come le scale più appropriate tra quelle attualmente disponibili.	Sono necessari ulteriori test nella pratica clinica. Impedire la crescita eccessiva di strumenti di nuova concezione. Dovrebbe essere data la priorità ad un'ulteriore valutazione psicometrica delle scale esistenti rispetto allo sviluppo di nuove scale per l'uso futuro. Ricerca per determinare l'utilità, la validità e la valutazione del dolore utilizzando una scala del dolore che tenga conto del tipo di demenza. Ricerca per affrontare l'effetto del background culturale sul dolore. Deve essere esplorata la relazione tra dolore e i sintomi comportamentali e psicologici della demenza.	

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella sinottica delle Review, parte 2

In totale nelle revisioni sono stati analizzati ben 28 strumenti di valutazione del dolore di cui 9 strumenti (*Abbey Pain Scale*, ADD *Protocol,* CNPI, DS-DAT, *Doloplus*-2, NOPPAIN, PACSLAC, PADE, PAINAD) sono stati valutati in 5 o più revisioni, uno strumento (MOBID) è stato valutato in 3 revisioni, 3 strumenti (elenco di controllo del comportamento, strumento di comportamento del dolore osservazionale e PATCOA) sono stati valutati in 2 revisioni e i restanti 15 strumenti sono stati valutati in una revisione ciascuno. La segnalazione del contenuto degli strumenti e dell'uso previsto è stata effettuata in modo diverso in ogni revisione rendendo così difficile fornire un riepilogo descrittivo comparativo completo per tutti i 28 strumenti.

Tra gli strumenti selezionati dalle revisioni come possibili migliori candidati, anche se su prove limitate, vi sono: DS-DAT, *Doloplus* 2, *Mahoney Pain Scale*, PACSLAC, PAINAD, *Abbey Pain Scale* ed ECPA. Il protocollo ADD è in letteratura l'approccio più completo per l'identificazione del dolore. Gli studi sono sostanzialmente concordi sulla capacità dei pazienti con demenza lieve o moderata di verbalizzare in modo affidabile il loro dolore; per questo si suggerisce l'utilizzo di scale osservative esclusivamente nei casi di demenza avanzata, laddove non sia possibile verbalizzare in modo affidabile il dolore.

Analisi critica

Adottando il protocollo di revisione PRISMA, possiamo affermare che la revisione sistematica presa in considerazione è basata su studi di moderata qualità. Non tutte le revisioni hanno reso esplicita la loro valutazione della qualità degli studi, il rischio di parzialità o una valutazione delle scale considerate. Vi sono prove limitate su affidabilità, validità, fattibilità e utilità clinica degli strumenti tanto che nessuno strumento è stato raccomandato. La scala PAINAD, comunque, ha dimostrato risultati positivi in termini di affidabilità e validità: i punteggi ottenuti attraverso la PAINAD hanno la più alta correlazione con le valutazioni infermieristiche e mediche. Pertanto, in ottica di applicabilità[1], è stato preso in considerazione questo strumento.

Raccomandazione clinica

La comparazione tra le differenti scale presenti in letteratura non sembra evidenziare uno strumento con maggiore affidabilità e validità rispetto agli altri. Per gli assistiti con decadimento cognitivo moderato-medio sembra appropriato l'utilizzo di scale di self-report del dolore di natura verbale o visuale. Nell'ottica di utilizzo di uno strumento unico e condiviso per la valutazione comportamentale del dolore, da utilizzarsi nella persona con decadimento cognitivo severo, sembra essere adeguato l'utilizzo della scala PAINAD.

La scala PAINAD può potenzialmente migliorare le pratiche di gestione del dolore senza impattare in modo significativo sul carico di lavoro, dato che rappresenta uno strumento sensibile per la rilevazione del dolore negli adulti con decadimento cognitivo con alta sensibilità, discreta semplicità di utilizzo e tempi brevi di somministrazione. Sono necessari però ulteriori studi per testarne l'utilizzo con campioni di dimensioni maggiori, dopo appropriato training degli operatori coinvolti e predisposizione di un adeguato sistema di documentazione.

Foto di katermikesch da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Corbett A., Husebo B., Malcangio M., Staniland A., Cohen-Mansfield J., Aarsland D., Ballard C., (2012), *Assessment and treatment of pain in people with dementia*, in Nature Reviews Neurology, Apr 10;8(5) 264-7.

Herr K., Bjoro K., Decker S., (2006), *Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review*, in Journal of Pain and Symptom Management, Feb; 31(2), 170–92.

Juyoung P., Castellanos-Brown K., Belcher J., (2010), *A Review of Observational Pain Scales in Non verbal Elderly With Cognitive Impairments*, in Research on Social Work Practice, 20(6), 651–64.

Lichtner V., Dowding D., Esterhuizen P., Closs SJ., Long AF., Corbett A., Briggs M., (2014)., *Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools*, in BMC Geriatrics, Dec 14 -138.

Qi NS., Diane J., Kay D., (2012), T*he psychometric properties, feasibility and utility of behavioural-observation methods in pain assessment of cognitively impaired elderly people in acute and long-term care: A systematic review*, in JBI Libr Syst Rev, 10(17), 977-1085.

Schofield P., (2018), *The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines*, in Age and Ageing, March 46(l1), 1-22.

Schofield P., Schofield P., Clarke A., Faulkner M., Ryan T., Dunham M., Howarth A., (2005), *Assessment of pain in adults with cognitive impairment: A review of the tools*, in International Journal on Disability and Human Development, 4(2) 59–66.

Smith M., (2005), *Pain assessment in nonverbal older adults with advanced dementia*, in Perspectives in Psychiatric Care, Jul-Sep 41(3), 99–113.

Van Herk R., Van Dijk M., Baar FP., Tibboel D., De Wit R., (2007), *Observation Scales for Pain Assessment in Older Adults with Cognitive Impairments or Communication Difficulties,* in Nursing Research, Jan-Feb 56(1), 34-43.

Zwakhalen SM., Hamers JP., Abu-Saad HH., Berger MP., (2006), *Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools*, in BMC Geriatrics, Jan 27;6:3.