

Traduzione e validazione in italiano della Behavioral Pain Scale (BPS) per la valutazione del dolore in pazienti incoscienti e sedati

Translation and validation in Italian of the Behavioral Pain Scale (BPS) for pain assessment in unconscious and sedated patients.

Luca Falbo, infermiere, Oncoematologia e Trapianto midollo osseo, Istituto Europeo di Oncologia, Milano
Stefano Terzoni, infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Azienda Ospedaliera S. Paolo, Milano
Anne Destrebecq, infermiere ricercatore, Università di Milano
Loris Bonetti, infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica, Azienda Ospedaliera "L. Sacco", Milano

Riassunto

Introduzione: la valutazione del dolore in terapia intensiva non è sempre possibile, principalmente perchè i pazienti sono spesso in uno stato d'incoscienza o coma. La letteratura indica la scala Behavioral Pain Scale (BPS) come strumento adatto a valutare il dolore nei pazienti critici sedati. Il punteggio si basa su osservazioni che riguardano le espressioni facciali, i movimenti degli arti e l'adattamento alla ventilazione. Lo strumento non è ancora stato validato in italiano. L'articolo presenta la preparazione e validazione della versione italiana della BPS (BPS-ITA).

Materiali e metodi: la scala è stata sottoposta a back-translation e inviata all'autore originale per un parere. Quattro infermieri esperti hanno valutato la validità di contenuto e faccia. L'autore dello studio e gli infermieri di una terapia intensiva hanno applicato la scala ad 11 pazienti, raccogliendo i dati all'ammissione, prima di una procedura dolorosa e di una non dolorosa, e dopo le procedure stesse.

Risultati: sono state effettuate 194 osservazioni. La BPS-ITA ha mostrato buona stabilità ($\rho=0.789$, $p<0.001$), ottima affidabilità intervalutatore ($k=0.945$) e buona omogeneità ($\alpha=0.8$), consentendo una netta distinzione tra pazienti sedati e non sedati.

Discussione: la BPS italiana consente un'affidabile valutazione del dolore nei pazienti sedati. Il numero di osservazioni ha parzialmente compensato la modesta ampiezza campionaria.

Conclusioni: la BPS italiana è valida e affidabile nel misurare il dolore nei pazienti sedati non tetraplegici. Semplifica l'accertamento e può migliorare la gestione complessiva del dolore e la qualità dell'assistenza.

Parole chiave: Dolore, Valutazione, Terapia intensiva, Sedazione, Assistenza infermieristica.

Abstract

Background: the assessment of pain in an Intensive Care Unit (ICU) is not always possible, mainly because patients are often in a state of unconsciousness or coma. The literature indicates the Behavioral Pain Scale (BPS) as a good tool for assessing pain in sedated, critically ill patients. The score is based upon observations regarding facial expressions, limb movements, and compliance to ventilation. The scale has not yet been translated into Italian.

Aim: to test the validity and reliability of the Italian version of the Behavioral Pain Scale (BPS).

Methods: we back-translated the scale, and submitted it to the original author. Four experienced nurses assessed its content and face validity. The author of this study and the nurses of an ICU applied the scale to eleven patients, performing assessments at the admission and before and after a painful and a painless procedure, for each patient.

Results: 194 observations were collected in the ICU. The Italian scale showed good stability (Spearman's $\rho=0.789$, $p<0.001$), excellent interrater reliability (Cohen's Kappa=0.945) and good homogeneity (Cronbach's $\alpha=0.8$), and allowed clear separation between sedated and non-sedated patients.

Discussion: the Italian version of the BPS will allow reliable assessment of pain in sedated patients. The number of observation partially remedied the limit of the small sample size.

Conclusion: The Italian version of the scale is valid and reliable for measuring pain in sedated, non-quadruplegic critically ill patients. The BPS simplifies pain assessment in this patients and can improve overall pain management and quality of care.

Keywords: Assessment, ICU, Nursing, Pain, Reliability, Unconscious, Validity.

Introduzione

L International Association for the Study of Pain (IASP) nel 1979 ha definito il dolore come una “esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a danno tissutale potenziale o in atto, o descritta in termini di tale danno”. Afferma inoltre che “l’incapacità a comunicare verbalmente non nega la possibilità che un individuo stia sperimentando dolore e abbia bisogno di un appropriato intervento per alleviarlo. Il dolore è sempre soggettivo. Ogni individuo impara l’applicazione di tale parola attraverso esperienze collegate a ferite nei primi anni di vita”.¹ Queste definizioni suggeriscono che il dolore possa variare da persona a persona e cambiare secondo l’esperienza di vita di ciascuno, le paure e l’approccio agli eventi stressanti, oltre al contesto culturale, religioso e famigliare. È importante notare che il dolore riguarda non solo la sfera fisiologica, ma anche quella psicologica, non è solo il prodotto finale di un sistema di trasmissioni sensoriali lineari, ma è anche un processo dinamico che interagisce continuamente con il sistema nervoso, creando un disagio fisiologico e psicologico allo stesso tempo. Di conseguenza, può costituire un limite per le attività quotidiane, in termini di sofferenza fisica e psicologica. Le emozioni (ad esempio la paura) possono alterare la percezione del dolore e renderlo più intenso. La durata dell’esperienza dolorosa è cruciale. Per quanto riguarda il dolore acuto, la consapevolezza che la sensazione spiacevole potrà presto finire può confortare i pazienti. Lo stesso vale per l’esistenza di un obiettivo finale chiaro, come il completo recupero, che dà un senso al dolore. In una situazione di dolore cronico (>6 mesi) non è possibile comprendere razionalmente lo scopo del dolore. Gli aspetti relazionali, il contesto sociale e quello famigliare sono molto più importanti degli interventi attivi (farmacologici e non). Il ricordo di una sensazione dolorosa scatena una reazione a catena, nella quale emozioni come la paura e la deflessione dell’umore emergono, rallentando il recupero totale o parziale.² Gli infermieri sono i professionisti che si confrontano con il dolore sia fisico sia psicologico, dentro e fuori dagli ospedali. Raccolgono dati attraverso diversi strumenti (prevalentemente scale di valutazione), propongono metodi non farmacologici per alleviare o eliminare il dolore e controllano in continuo la presenza e le caratteristiche di tale sintomo.

Negli ospedali, le attività di monitoraggio dovrebbero essere svolte almeno ogni otto

ore se un paziente non riporta dolore, oppure a intervalli più stretti se la persona avverte dolore o in trattamento con terapia analgesica.² Poiché il dolore è un’esperienza soggettiva, l’autoaccertamento deve essere considerato il gold standard per la sua misurazione: la valutazione dall’esterno spesso sottostima il sintomo. Esistono in letteratura diverse scale di valutazione per il dolore nei pazienti coscienti. Quelli più frequentemente utilizzate sono la Visual Analogical Scale (VAS)^{3,4} e la Numerical Rating Scale (NRS)^{3,4}, entrambe monodimensionali. Si utilizzano talvolta anche scale multidimensionali come il McGill Pain Questionnaire (MPQ)^{3,5} o il Brief Pain Inventory (BPI)³. Le caratteristiche principali delle scale monodimensionali sono la facilità d’utilizzo e la possibilità di un’applicazione frequente per valutare gli interventi (la VAS è particolarmente adatta alla valutazione). Questi strumenti si possono usare anche con persone che non sanno leggere, come i bambini piccoli e alcuni anziani. Poiché tutte le scale richiedono valutazioni soggettive, ottenere la collaborazione dei pazienti è fondamentale.

I questionari multidimensionali valutano non solo l’intensità del sintomo, ma anche il distretto corporeo interessato dal sintomo, la sua tipologia e il grado d’interferenza con

la routine quotidiana del paziente; un requisito essenziale di queste scale è la disponibilità di tempo da parte degli operatori.

Altri tipi di scale sono utilizzati nei pazienti pediatrici; con questi strumenti, i bambini che non sanno leggere né scrivere si identificano con ciò che vedono, come le espressioni facciali. Questo permette loro di quantificare il dolore utilizzando semplici disegni a colori.

L’accertamento del dolore nelle terapie intensive non è sempre possibile, principalmente perché i pazienti sono spesso in uno stato di incoscienza o coma (farmacologico e non). Chanques et al.⁶ suggerisce che un accertamento sistematico del dolore possa ridurre la durata della ventilazione meccanica e la probabilità di sviluppare infezioni ospedaliere. Di conseguenza, è importante sperimentare metodi e strumenti che consentano una pronta e precisa rilevazione del dolore in questi pazienti. Alcuni pazienti ricoverati non sono in grado di descrivere il loro dolore, a causa delle condizioni cliniche.

Payen et al.⁷ hanno creato la “Behavioral Pain Scale” (BPS) che ha lo scopo di valutare l’intensità del dolore nei pazienti in terapia intensiva sedati non tetraplegici, senza terapia curarizzante. (Tabella 1)

Tabella 1 - Behavioral Pain Scale⁷

ITEM	DESCRIPTION	SCORE
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable controlventilation	4

La scala è stata validata in Francia, quindi tradotta e applicata dagli infermieri nei Paesi Bassi⁸, in Australia⁹ e da medici in Marocco¹⁰ e Cina¹¹. Una revisione¹² ha confrontato i punti di forza e debolezza di diverse scale; la BPS è risultata la migliore in termini di validità e affidabilità fra tutti gli strumenti analizzati nell'articolo. In un'altra revisione¹³ ha ottenuto i punteggi migliori nell'affidabilità e nella validità, superando sia il Critical Pain Observation Tool (CPOT)¹⁴ sia la Non Verbal Adult Assessment Scale (NVPS)¹⁵.

Nel complesso, la BPS sembra più oggettiva di altre scale nell'accertamento del dolore nei pazienti intubati, incoscienti, non tetraplegici ed anche veloce e semplice da utilizzare nella pratica infermieristica quotidiana. Può essere impiegata nei pazienti con disabilità motorie parziali di origine neurologica (paraplegia o emiplegia). La BPS include tre item (espressione facciale, movimenti degli arti superiori, adattamento alla ventilazione) e usa la modalità Likert su quattro punti; i segni oggettivi (descrittori) che definiscono i quattro livelli di intensità del dolore, sono presentati all'infermiere valutatore con testo e figure. La somma di tutti punteggi fornisce un risultato finale che definisce la presenza o assenza di dolore nel paziente.⁷ I punteggi vanno da 3 (nessun dolore) a 12 (massimo dolore possibile). La BPS originale non era concepita per indagare il dolore nei pazienti non ventilati, ma è stata successivamente modificata da Chanques et al.¹⁶ per consentirla, sostituendo la voce "adattamento alla ventilazione" con "vocalizzazione" che ha quattro descrittori. I punteggi restano quindi invariati ed è possibile confrontare due tipi di pazienti; la scala modificata non è stata considerata in questo studio.

Nonostante i risultati positivi ottenuti in tutti questi confronti, la validazione completa in versione italiana non è stata finora mai svolta. Lo scopo di questo studio è dunque la validazione in italiano della scala BPS.

Materiali e metodi

È stato chiesto all'autore originale della scala il suo consenso alla traduzione linguistica/culturale e alla validazione in italiano. L'interessato ha dato l'assenso e ha affermato che, in base alle sue conoscenze, nessuno aveva ancora validato lo strumento in italiano. La back-translation della BPS è stata il primo passo dello studio; la versione italiana ottenuta è stata chiamata BPS-ITA. Poi sono state analizzate la validità di contenuto e di facciata in collaborazione con infermieri esperti in area critica. Il

passaggio finale è stato l'applicazione in una terapia intensiva al fine di valutare l'affidabilità intervalvatore, la stabilità e la consistenza interna.¹⁷

Contesto

Il reparto in cui è stata applicata la scala tradotta, è una Terapia Intensiva mista con pazienti chirurgici e medici (malattie respiratorie e infettive). Il reparto ha otto letti, con un box che isola ciascuna persona dalle altre. Durante il periodo di osservazione, non erano in uso protocolli per la gestione del dolore nel reparto. Prima dell'inizio dello studio, gli infermieri somministravano la VAS ai pazienti in grado di parlare. Non si utilizzava nessuno strumento dedicato per coloro che non potevano esprimere verbalmente il dolore. Non era presente alcun protocollo di sedazione nel reparto durante il periodo di osservazione.

Traduzione

Due persone madrelingua hanno tradotto la versione inglese in italiano dal punto di vista linguistico e culturale; non si conoscevano e non avevano mai visto la scala prima e non avevano contatti l'uno con l'altro durante il processo di produzione. Le due traduzioni sono state fuse in una nuova versione italiana da due autori di questo studio. La versione italiana è stata poi tradotta in inglese da una terza persona madrelingua, che non aveva né visto la scala prima, né avuto contatti con gli altri traduttori. La versione inglese finale è stata inviata all'autore originale della BPS per una supervisione.

Validità e affidabilità

Dopo la ri-traduzione, la BPS-ITA è stata sottoposta, per una valutazione di validità, di contenuto e di facciata, a quattro infermieri di area critica con esperienza di cure intensive in reparti di terapia intensiva generale, cardiocirurgica, coronarica e pronto soccorso. Sono stati presi in considerazione vari tipi di affidabilità: affidabilità intervalvatore, stabilità, consistenza interna (omogeneità). Per testare la validità e stabilità, la BPS-ITA è stata applicata in un reparto di terapia intensiva di un ospedale universitario di Milano.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi pazienti maggiorenni, ricoverati per trauma o chirurgia addominale o toracica, sedati con Midazolam, Morfina, Clorazepato, Fentanile, Sufentanil, Propofol o Tiopentale Sodico in infusione continua o intermittente. Sono stati esclusi pazienti trattati con agenti bloccanti neuromuscolari (curaro), pazienti con quadriplegia (già conosciuta o riscontrata dopo il trauma o inter-

vento chirurgico) e soggetti in grado di respirare spontaneamente.

Addestramento degli osservatori

Tutti gli infermieri che lavoravano in reparto sono stati addestrati dagli autori attraverso incontri svolti tra i turni del mattino e del pomeriggio, per due settimane. Ogni incontro ha richiesto circa mezz'ora; gli infermieri potevano fare domande e chiedere chiarimenti. Il poster creato da Chanques e Payen¹⁶ è stato usato per l'addestramento. È stato fondamentale spiegare che la scala indaga il dolore in tutte le sue manifestazioni, non solo il sintomo acuto scatenato da una procedura: per esempio, la scala fornisce istruzioni anche per problemi causati dal tubo endo-tracheale, dall'aumento di secrezioni, dalla stimolazione meccanica dell'epitelio delle vie aeree la cui secchezza scatena la tosse.

Raccolta dei dati

È stata creata una scheda di raccolta dati per identificare sia i pazienti sia i rilevatori (un infermiere di terapia intensiva o l'autore principale) consentendo quindi i confronti. I valutatori hanno aggiunto alcune note alla scheda per registrare la somministrazione e il dosaggio dei farmaci per la sedazione o l'analgesia. I tempi di accertamento e i criteri erano basati sull'accertamento della stabilità, dell'affidabilità intervalvatore e della consistenza interna della scala. Per ogni paziente sono stati compiuti nove accertamenti, utilizzando la BPS-ITA in diversi momenti. Il primo è stato effettuato all'ammissione. Durante il ricovero, sono state identificate due procedure non dolorose e due dolorose, tutte svolte sullo stesso paziente, sulla base dei criteri seguiti nello studio originale di validazione della scala.⁷ L'igiene della persona e la medicazione del catetere venoso centrale sono state scelte come procedure non dolorose; la mobilizzazione e l'aspirazione endo-tracheale sono state ritenute dolorose. Le misurazioni hanno consentito di valutare la stabilità nel tempo della scala: ne sono state svolte due per ogni procedura, per consentire il test e il ri-test. Tutte sono state svolte simultaneamente da due operatori differenti (infermieri di reparto addestrati e uno degli autori) che non si sono mai consultati. Per evitare ogni possibile bias, i risultati non sono stati comunicati all'infermiere di reparto. Ai caregiver è stato chiesto di fornire un consenso scritto, poiché i pazienti non potevano farlo a causa delle loro condizioni cliniche. Il consenso poteva essere ritirato in qualunque momento senza conseguenze. Tutti i dati sono stati trattati in forma anonima, secondo le norme vigenti.

Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati inseriti in Excel 2010®, tenendo separati quelli raccolti dagli infermieri e dagli autori, per consentire la valutazione di concordanza. Un foglio a parte conteneva soltanto le misurazioni svolte dall'autore principale (l'unico operatore che non è mai cambiato durante la raccolta di dati) ed è stato usato per valutare la stabilità della scala. Le caratteristiche dei pazienti sono state analizzate tramite la statistica descrittiva. Per accertare l'affidabilità intervalvatore è stato calcolato il coefficiente k di Cohen. La consistenza interna è stata valutata attraverso il coefficiente alfa di Cronbach e la stabilità della scala attraverso il coefficiente rho di Spearman. Tutte le analisi sono state svolte con il software SPSS 17.0® (SPSS, Chicago, IL).¹⁸

Risultati

Traduzione

La versione ritradotta ha ricevuto un giudizio positivo dall'autore della scala originale che non ha riscontrato discrepanze sostanziali tra questa e la BPS originale. (Tabella 2) La versione italiana ha mostrato di essere fedele all'originale dal punto di vista sia culturale sia linguistico.

Validità

I quattro infermieri esperti hanno dichiarato che, a loro giudizio, la BPS-ITA poteva effettivamente misurare il dolore nei pazienti del nostro campione, ma la voce "tolleranza dei flussi da parte dei pazienti" era poco chiara. Gli infermieri hanno suggerito di aggiungere come spiegazione "nessun contrasto alla ventilazione"; il risultato è la versione italiana finale della BPS utilizzata per la validazione. (Tabella 3)

Sono stati arruolati 11 pazienti consecutivi, 5 uomini e 6 donne, secondo i criteri di inclusione ed esclusione. Di questi 10 erano stati sottoposti a procedure chirurgiche, uno era politraumatizzato; 6 pazienti erano sedati con infusione continua di Morfina a vari dosaggi (da 10 a 30 mg/h nelle 24 ore) o Propofol (1% o 2% in 24 ore), uno riceveva una combinazione di Morfina e Propofol. Due pazienti erano in svezzamento dalla sedazione. (Tabella 4)

Ai pazienti non è stato somministrato nessun altro farmaco analgesico. La serie completa delle misurazioni è stata svolta in 10 pazienti su 11. In un caso, il secondo accertamento durante le procedure dolorose non è stato effettuato poichè il paziente era già stato trasferito ad un altro reparto. I rilevatori hanno svolto un totale di 194 osservazioni.

Tabella 2 - Behavioral Pain Scale dopo back-translation

ITEM	DESCRIPTION	SCORE
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (e.g. brow lowering)	2
	Fully tightened (e.g. eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable controlventilation	4

Tabella 3 - Versione italiana della Behavioral Pain Scale finale (dopo parere degli esperti)

ITEM	DESCRITTORE	PUNTEGGIO
Espressione facciale	Rilassata	1
	Parzialmente contratta (es. fronte corrugata)	2
	Completamente contratta (es. chiusura delle palpebre)	3
	Smorfia	4
Arti superiori	Nessun movimento	1
	Parzialmente piegato/i	2
	Completamente piegato/i con flessione delle dita	3
	Permanentemente ritirato/i	4
Adattamento alla ventilazione	Tollera il movimento dei flussi (nessun contrasto al ventilatore)	1
	Tosse, ma tollera ventilazione per la maggior parte del tempo	2
	Contrasto al ventilatore, ma ventilazione possibile a volte	3
	Incapacità di controllare la ventilazione	4

La correlazione tra i punteggi ottenuti durante le procedure infermieristiche è risultata elevata (analisi test-retest: $\rho=0.789$, $p<0.001$) suggerendo buone caratteristiche di stabilità per la BPS-ITA. Il coefficiente K era pari a 0,945. Considerando che i valutatori cambiavano ad ogni accertamento, la scala ha mostrato una notevole affidabilità intervalvatore all'autore principale (97 osservazioni) e al gruppo di infermieri che hanno svolto le misurazioni (97 osservazioni). Il coefficiente alfa era 0,80, il che suggerisce buona omogeneità tra le voci della scala.

Discussione

La gestione del dolore è fondamentale per fornire ai pazienti un'assistenza sanitaria di alta qualità. Gli infermieri giocano un ruolo fondamentale nel controllo e nell'attivazione tempestiva degli interventi per la gestione del dolore in collaborazione con gli altri professionisti. La BPS-ITA è uno strumento valido e affidabile, in grado di rilevare e valutare il dolore nei pazienti che non possono descrivere tale sintomo da soli. Le distorsioni di contenuto sono state evitate attraverso l'applicazione del processo di traduzione e ritraduzione, che ha portato ad un'equivalenza linguistica e culturale

tra la scala originale e quella italiana. L'autore della BPS ha confermato questo risultato e sottolineato la fedeltà della nostra versione a quella originale. Nel nostro studio, tutti gli indici statistici vanno da sufficiente a eccellente, mostrando buone caratteristiche di stabilità, affidabilità intervalvatore e consistenza interna. I risultati della procedura test-retest mostrano che la BPS-ITA ha buone caratteristiche di stabilità nell'accertamento del dolore legato alle diverse procedure. I buoni risultati ottenuti con gli stessi pazienti, in tempi differenti nell'accertamento del dolore legato a procedure sia dolorose sia non dolorose, mostra che le rilevazioni svolte con la BPS-ITA sono coerenti nel tempo. Questa caratteristica di stabilità è stata riscontrata anche da altri autori stranieri.^{7,11} Secondo la revisione svolta da Pudas-Tahka et al.¹³, la voce "contrasto alla ventilazione" è stata indicata come ambigua in alcuni studi ed ha abbassato l'affidabilità intervalvatore. Un addestramento inadeguato dei rilevatori è stato anche indicato come fonte di discordanza. Nel nostro studio, i suggerimenti degli esperti sono stati utili nel chiarire la voce in questione, migliorando quindi la validità di contenuto e di facciata della versione italiana. È stata inoltre svolta una scrupolosa attività di formazione, utilizzando il poster di Chanques et al.¹⁶ per spiegare al meglio tutti i descrittori.

Come risultato, l'elevato coefficiente di concordanza ottenuto suggerisce che, se adeguatamente addestrati, differenti operatori forniscono valutazioni paragonabili. Infine, la buona consistenza interna mostra che le voci della versione italiana sono omogenee.

La scala italiana ha consentito una netta distinzione tra i pazienti sottoposti ad analgesia o sedazione e quelli che non avevano in corso tali terapie. I primi hanno ottenuto punteggi bassi (da 5 a 6) mentre chi non aveva trattamento farmacologico ha ottenuto score elevati (da 6 a 8). Questo risultato suggerisce una buona aderenza delle voci alla reale condizione clinica dei pazienti. Risultati simili erano stati riscontrati da altri autori.^{7,10}

Come riportato nella revisione di Pudas-Tahka et al.¹³ e nello studio di validazione in lingua cinese¹¹, la BPS presenta alcuni aspetti critici come la valutazione del movimento degli arti per l'impossibilità da parte di alcuni pazienti di muoverli dovuta ai dispositivi sanitari (la seconda voce della scala). Un'altra criticità è la natura soggettiva del dolore, che ne rende difficile la valutazione tramite l'osservazione di comportamenti.

Infine, è noto che alcuni aspetti studiati dalla scala, come il disagio, l'agitazione e l'ipossia, possono essere riscontrati anche

Tabella 4 - Caratteristiche dei pazienti

PAZIENTE	SESSO	DIAGNOSI	SEDAZIONE	SCORE t0	SCORE MEDIO PROCEDURE NON DOLOROSE	SCORE MEDIO PROCEDURE DOLOROSE
1	F	Chir. Addominale	no	3	6	5
2	M	Politrauma	M1	3	7,5	7
3	M	Chir. Addominale	M1	3	3	4
4	F	Chir. Addominale	SdS	3	3	3,5
5	F	Chir. Addominale	P2	3	3	3
6	M	Chir. Addominale	M2+P1	3	3	4
7	F	Chir. Addominale	SdS	3	3	7
8	M	Chir. Addominale	no	3	3	5
9	F	Chir. Addominale	no	4	5,5	7
10	M	Chir. Addominale	M3	3	3	4
11	F	Chir. Addominale	M4	3	3	4

Legenda:

M1 = morfina 15 mg 4-5 ml/h

M2 = morfina 10 mg 5 ml/h

M3 = morfina 30 mg 4 ml/h

M4 = morfina 20 mg 4 ml/h

P1 = propofol 1% mg 5 ml/h

P2 = propofol 2% mg 10 ml/h

SdS = svezzamento dalla sedazione

in pazienti che non hanno dolore. È dunque necessario valutare questi segni e sintomi come possibili variabili confondenti. Come affermano Chen et al.¹¹, l'osservazione dei comportamenti non è il metodo migliore per rilevare il dolore; è preferibile utilizzare strumenti che richiedono la dichiarazione dell'intensità del sintomo da parte dei pazienti. Tuttavia, nei pazienti sedati e intubati che non possono descrivere il dolore, la BPS può essere un utile strumento alternativo, insieme all'esperienza clinica dell'infermiere e all'osservazione di altri segni (ad esempio i parametri vitali). Le caratteristiche essenziali di una scala sono la semplicità la rapidità di utilizzo e l'accettabilità da parte degli operatori. All'inizio di questo studio, gli infermieri che hanno preso parte alla raccolta dati non si fidavano della BPS-ITA.

Tuttavia, durante l'utilizzo hanno iniziato a considerarla sempre più utile per il loro lavoro. Alla fine dello studio, gli infermieri che hanno partecipato hanno affermato che la scala era rapida e "necessaria in terapia intensiva". Nel complesso, i risultati mostrano che la scala BPS-ITA può essere applicata facilmente e rapidamente, senza aggravio di lavoro. La modesta ampiezza campionaria è un limite di questo studio; a causa del basso turnover di pazienti, non è stato possibile arruolarne uno più ampio nel periodo di osservazione.

Questo aspetto è stato parzialmente compensato dal numero totale di osservazioni.

Conclusioni

La BPS-ITA è uno strumento valido e affidabile per la valutazione del dolore nei pazienti sedati e intubati.

Il risultato più importante di questo studio è l'introduzione della BPS nello scenario infermieristico italiano, essendo questo il primo studio noto di validazione di una versione nella nostra lingua. L'utilizzo di questo strumento consente un tempestivo accertamento del dolore nei pazienti ventilati meccanicamente che non possono descrivere il sintomo.

Sono auspicabili ulteriori studi, magari multicentrici, per verificare se un accertamento sistematico del dolore con la BPS-ITA migliori la gestione del sintomo, riducendo quindi il disagio che il dolore produce nei pazienti con situazioni cliniche già difficili e favorendo un più rapido recupero. Sarebbe anche utile validare in italiano la parte della scala riguardante il dolore nei pazienti non intubati (BPS-NI) per avere uno strumento completo, adatto ad un più ampio numero di pazienti.

Bibliografia

- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP). IASP Taxonomy. 1979. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions ultimo accesso 20 giugno 2011.
- SMELTZER SC, BARE BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 10th Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- ROBB MC, MONTANARI V. Sistemi di valutazione del dolore. Centro studi EBN, Ospedale Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna, 2001. www.evidencebasednursing.it ultimo accesso 20 giugno 2011.
- JENSEN MP, KAROLY P, BAYER S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986;27:117-126.
- MELZACK R. THE MCGILL pain questionnaire: major proprieties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-299.
- CHANQUES G, JABER S, BARBOTTE E, VIOLET S, SEBBANE M, PERRIGAULT PF, MANN C, LEFRANT JY, ELEDJAM JJ. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 2006;34:1691-1699.
- PAYEN JF, BRU O, BOSSON JL, LAGRASTA A, NOVEL E, DESCHAUX I, LAVAGNE P, JACQUOT C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med*. 2001;29: 2258-2263.
- AHLERS SJ, VAN DER VEEN AM, VAN DIJK M, TIBBOEL D, KNIBBE CA. The use of the Behavioral Pain Scale to assess pain in conscious sedated patients. *Anesth Analg* 2010;110:127-133.
- YOUNG J, SIFFLEET J, NIKOLETTI S, SHAW T. Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22:32-39.
- AÏSSAOUI Y, ZEGGWAGH AA, ZEKRAOUI A, ABIDI K, ABOUQAL R. Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesth Analg* 2005;101:1470-1476.
- CHEN YY, LAI YH, SHUN SC, CHI NH, TSAI PS, LIAO YM. The Chinese Behavior Pain Scale for critically ill patients: translation and psychometric testing. *Int J Nurs Stud* 2011;48:438-448.
- LI D, PUNTILLO K, MIASKOWSKI C. A review of objective pain measures for use with critical care adult patients unable to self-report. *J Pain* 2008; 9:2-10.
- PUDAS-TÄHKÄ SM, AXELIN A, AANTAA R, LUND V, SALANTERÄ S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2009; 65:946-956.
- GÉLINAS C, JOHNSTON C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the critical-care pain observation tool and physiologic indicators. *Clin J Pain* 2007; 23:497-505.
- ODHNER M, WEGMAN D, FREELAND N, STEINMETZ A, INGERSOLL GL. Assessing pain control in nonverbal critically ill adults. *Dimens Crit Care Nurs* 2003; 22:260-267.
- CHANQUES G, PAYEN JF, MERCIER G, DE LATTRE S, VIEL E, JUNG B, CISSÉ M, LEFRANT JY, JABER S. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self-report an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Med* 2009;35:2060-2067.
- LOBIONDO-WOOD G, HABER J. Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization 5th Ed. St Louis: Mosby Elsevier, 2002.
- KINNEAR PR, GRAY CD. SPSS 14 Made Simple. New York: Psychology Press, 2006.

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare i pazienti, i loro caregiver e tutti gli infermieri che hanno collaborato allo studio.