

La gestione del dolore nel bambino

Il bambino, anche molto piccolo, sente dolore.

La letteratura infatti conferma con certezza che:

- il neonato (anche gravemente prematuro) ed il bambino percepiscono il dolore
- a parità di stimolo doloroso, il neonato ed il bambino piccolo percepiscono più dolore rispetto le età successive.

Il dolore, in età pediatrica è un sintomo frequente e dannoso. Infatti:

- moltissime patologie del bambino, si accompagnano a dolore
- moltissimi percorsi diagnostici e terapeutici comportano dolore
- il dolore peggiora la qualità della vita del bambino, ne condiziona la prognosi sia attuale che a distanza ed è fonte importante di ansia e stress
- il dolore è fra tutti, il sintomo che più pesa, preoccupa ed impaurisce la famiglia.

Il dolore pertanto deve essere sempre VALUTATO e TRATTATO in maniera adeguata.

Nel bambino il dolore va sempre misurato: perché?

Se vogliamo trattare il dolore in modo efficace, è necessario misurarlo, cioè renderlo quantificabile utilizzando strumenti adeguati, efficaci e validati dalla letteratura.

La misurazione corretta del dolore provato, è quella che il bambino stesso ci dà (valutazione soggettiva del dolore). Esistono scale validate che aiutano i bambini di diversa età, nella misurazione del proprio dolore.

Quando per età e/o patologia/situazione la misurazione fatta dallo stesso bambino non è possibile, operatori e genitori devono utilizzare delle scale algometriche validate, dove la misurazione del dolore viene fatta osservando le modificazioni che il sintomo determina sul comportamento e sui parametri fisiologici (valutazione indiretta del dolore).

Quali scale algometriche usare nell'attività clinica per le diverse età pediatriche?

- 1) Scala FLACC per bambini d'età al di sotto dei 3 anni, o per bambini che per deficit motori o cognitivi non possono fornire una valutazione soggettiva.
- 2) Scala con le facce di Wong-Baker per bambini d'età > 3 anni.
- 3) Scala numerica per bambini d'età ≥ 8 anni.

N.B. In caso di dubbio, si possono usare anche due metodi.

Bambini di età < 3 anni Scala FLACC

Neonato e bambino in età pre-verbale al di sotto dei 3 anni: scala FLACC

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie occasionali o sopracciglia corrugate, espressione distaccata, disinteressata	Da frequente a costante aggrottamento delle sopracciglia, bocca serrata, tremore del mento
Gambe	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività	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 o piagnucola, lamenti occasionali	Piange in modo continuo, urla o singhiozza, lamenti frequenti
Consolabilità	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

Ognuna delle cinque categorie [Volto(V); Gambe(G); Attività(A); Pianto(P); Consolabilità (C)] viene conteggiata da 0 a 2, con un punteggio totale tra 0 e 10 (2002, University of Michigan, with permission).

Può essere usata anche dai genitori per il monitoraggio del dolore a domicilio.

La pratica in pillole per l'applicazione della scala FLACC

È determinante definire il punteggio per ogni item facendo riferimento anche allo stato del bambino:

1. Pazienti in stato di veglia: osservare il neonato/bambino da un minimo di almeno 1 minuto a un massimo 5 minuti. Osservare le gambe e il corpo non coperti da lenzuola o altro, osservare la reattività, la tensione e il tono muscolare del corpo. Attuare interventi consolatori se necessario.
2. Pazienti addormentati: osservare per almeno 5 minuti o più. Osservare il corpo e le gambe non coperti da lenzuola o altro. Toccare il corpo e valutare la tensione e il tono muscolare.

Bambino di età > 3 anni: Scala di Wong-Baker

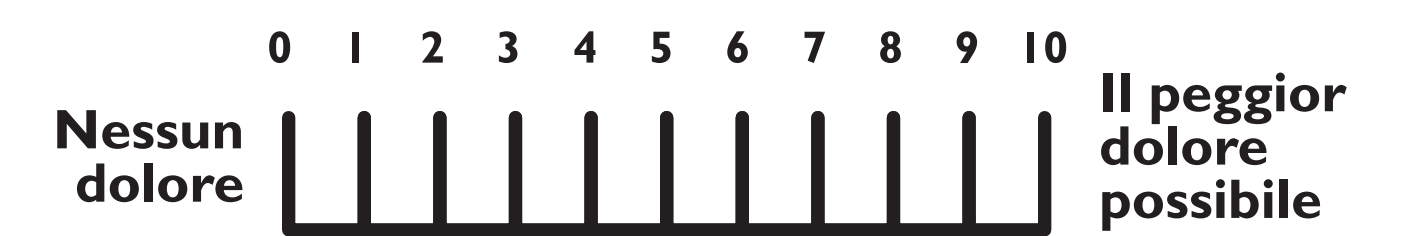


La scala di Wong-Baker è costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a "nessun male" a quella che piange, corrispondente a "il peggior male possibile". Va somministrata al bambino chiedendogli di indicare "la faccia che corrisponde al male o al dolore che provi in questo momento". A ogni scelta corrisponde un numero che va da 0 a 10. Si usa generalmente il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, il termine "dolore" per età dai 6 ai 7 anni.

La pratica in pillole per l'applicazione della scala di Wong-Baker

Per aiutare il bambino nella scelta, si può suggerire che la faccia corrispondente a nessun male (0) corrisponda alla "faccia molto felice perché non ha nessun male" e che quella estrema corrispondente al peggior male possibile rappresenti la "faccia che ha il peggior male che si possa immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male". (copyright 1983, Wong-Baker FACES™ Foundation, www.WongBakerFACES.org. Used with permission)

Bambino di età ≥ 8 anni: Scala numerica



Per i bambini d'età ≥ 8 anni, allorché cioè il bambino abbia acquisito le nozioni di proporzione, può essere utilizzata la scala numerica. Si tratta di una linea orientata orizzontalmente (lunghezza pari a 10 cm), associata a specifiche ancora verbali intermedie (per facilitare la valutazione del livello di dolore), e i cui estremi sono caratterizzati da "nessun dolore" e "il peggiore dolore possibile".

La pratica in pillole per l'applicazione della scala numerica

Si chiede al bambino di indicare l'intensità di dolore che prova scegliendo o indicando il numero corrispondente. Può essere indicata anche ai genitori per il monitoraggio/misurazione del dolore a domicilio.

Il trattamento non farmacologico del dolore

Le tecniche non farmacologiche più adeguate per fascia di età

Età Metodi

0-2 anni	Contatto fisico con il bambino: toccare, accarezzare, cullare. Ascoltare musica, giocattoli sopra la culla.
2-4 anni	Giocare con pupazzi, raccontare storie, leggere libri, respirazione e bolle di sapone, guanto magico.
4-6 anni	Respirazione, racconto di storie, gioco con pupazzi, parlare dei luoghi preferiti, guardare la televisione, guanto magico, visualizzazione, coinvolgimento.
6-11 anni	Musica, respirazione, contare, parlare dei luoghi preferiti, guardare la TV, visualizzazione, gioco dell'interruttore.
11-13 anni	Musica, respirazione, visualizzazione, gioco dell'interruttore.

Il trattamento farmacologico del dolore

Paracetamolo

Il paracetamolo è il farmaco analgesico tradizionalmente più usato in età pediatrica per l'ottimo rapporto costi-benefici in termini di efficacia e sicurezza. Ha un meccanismo d'azione centrale e periferico. Per la scarsità di effetti collaterali è indicato come farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore lieve-moderato. Non è gastrolesivo, è considerato sicuro nei pazienti con disturbi della coagulazione o nel trattamento post-chirurgico dei pazienti in terapia con eparina. È l'analgesico non oppiaceo di scelta nei pazienti con insufficienza renale cronica.

Farmaci antinfiammatori non steroidei (Ibuprofene, Ketorolac, Ketoprofene, Indometacina, Acido Acetilsalicilico, Naprossene)

Agiscono mediante blocco delle prostaglandine e dei trombossani limitandone gli effetti pro-flogogeni, chemiotattici, pirogeni, sensibilizzanti i recettori del dolore. Sono tutti caratterizzati da un effetto-tetto: oltre una determinata dose non si ottiene un ulteriore beneficio ma solo un aumento degli effetti collaterali. Fra gli effetti collaterali, da ricordare sono alterazioni della funzione renale (attenzione nei bambini disidratati o con precedente screezio renale), problemi di lesione della mucosa gastrica (attenzione ai precedenti anamnestici, situazioni particolarmente stressanti o terapie associate), problemi di tipo allergico e alterazioni della funzionalità epatica. L'Ibuprofene è il FANS con maggiore evidenza in letteratura di sicurezza in età pediatrica e rappresenta una valida alternativa al paracetamolo, ove questo non sia sufficiente o laddove sia richiesta un'azione antiflogistica.

Farmaci oppioidi

I farmaci oppioidi occupano un posto rilevante, sia per la loro efficacia che per l'ampia possibilità di utilizzazione clinica. Si dividono in oppioidi deboli e oppioidi forti. Quelli più frequentemente usati in età pediatrica sono, fra gli oppioidi deboli, codeina e tramadolo e, fra gli oppioidi forti, morfina, ossicodone, fentanil e metadone.

La pratica in pillole per l'uso degli oppioidi

- Non c'è effetto-tetto (a eccezione della codeina), si aumenta la dose fino a ottenere un controllo adeguato del dolore.
- Utilizzare schemi di somministrazione con orari fissi, lasciare una dose "di salvataggio" estemporanea (pari al 15% della dose giornaliera).
- Scegliere la via di somministrazione meno invasiva.
- Monitoraggio degli effetti collaterali e dell'efficacia analgesica.
- Considerare la rotazione con altri oppioidi se la risposta è insufficiente.
- Controllo del dolore notturno: a volte è necessario aumentare la dose serale del 25-50%.
- Attenzione alla tolleranza (aumento del dosaggio del farmaco) e dipendenza (inizia dopo 5 giorni dalla somministrazione di oppioidi).
- Non associare oppioidi forti con oppioidi deboli; possibilità di associazione fra oppioidi forti in corso di dolore incidente.
- Per il dolore acuto gli oppioidi vanno preferibilmente somministrati in infusione continua (meno picchi estremi e minori effetti collaterali, maggiore efficacia).
- Nel dolore cronico preferire le formulazioni a rilascio prolungato.
- Scalare progressivamente al momento della sospensione, riducendo la dose giornaliera di circa il 50% per i primi 2 giorni, e in seguito del 25% ogni 2 giorni, monitorando eventuali segni d'astinenza.

Dosaggi consigliati di paracetamolo e dei principali FANS.

Tipo	Vie	Dose (< 50 kg)	Dose max
Paracetamolo	os	Carico: 20 mg/kg Poi: 10-15 mg/kg ogni 4-6 h	90 mg/kg/die (60 mg/kg/die se fattori di rischio o se tempi >48 ore)
	rettale	Carico: 30-40 mg/kg Poi: 15-20 mg/kg ogni 4-6 h	90 mg/kg/die
Ketorolac	ev	0,5 mg/kg ogni 6-8 h	3 mg/kg/die
Ibuprofene	os	10 mg/kg ogni 6-8 h	40 mg/kg/die
Ketoprofene	os	3 mg/kg ogni 8-12 h	9 mg/kg/die
Indometacina	os (ev)	1 mg/kg ogni 8 h	3 mg/kg/die
Acido acetilsalicilico	os (ev)	10 mg/kg ogni 6-8 h	80 mg/kg/die
Naprossene	os	5-10 mg/kg ogni 8-12 h	20 mg/kg/die

Dosaggi consigliati dei principali farmaci oppioidi.

Tipo	Via	Dose max
Oppioidi deboli	Codeina	os/rett. 0,5-1 mg/kg ogni 4-6-8 h
	Tramadolo	os 0,5-1 mg/kg ogni 4-6-8 h ev 1 mg/kg ogni 3-4 h; ic 0,3 mg/kg/h
	Oxicodone cloridrato	os 0,1-0,2 mg/kg ogni 8-12 h
Oppioidi forti	Morfina solfato rapido rilascio	os 0,15-0,3 mg/kg ogni 4 h
	Morfina solfato lento rilascio	os 0,3-0,6 mg/kg ogni 8-12 h
	Morfina cloridrato	ev Bolo 0,05-0,1 mg/kg ogni 2-4 h; ic 0,02-0,03 mg/kg/h
	Fentanil	ev Bolo 0,001-0,002 µg/kg in respiro spontaneo); ic 0,001 µg/kg/h
	Metadone	os 0,05-0,1 mg/kg ogni 8-12 h (schema posologico da modificare in rapporto alla durata della terapia)



Clinica Pediatrica - Università di Padova

Realizzazione curata dalla Dr.ssa Franca Benini "Responsabile del Centro Regionale Veneto di Terapia Antalgica e Cure Palliative Pediatriche".

Contenuti estratti dal volume del Ministero della Salute

"IL DOLORE NEL BAMBINO – Strumenti pratici di valutazione e terapia".



Ministero della Salute