

# Analgesia nel Pronto Soccorso pediatrico

G. Chéron, S. Faesch, G. Orliaguet

*Il dolore interessa oltre il 50% dei bambini che si presentano in Pronto Soccorso. Quando presente, deve essere valutato e trattato prontamente con mezzi farmacologici adatti alla sua intensità e alla sua eziologia. Il dolore residuo deve essere oggetto di un aggiustamento terapeutico. Lo scopo è di permettere al bambino di riprendere le sue attività. Quando è programmato un gesto doloroso a scopo diagnostico o terapeutico, può essere necessaria un'analgesia/sedazione. Per questo tipo di gestione, gli analgesici, in monoterapia come in associazione, devono essere somministrabili facilmente e senza dolore, avere un'azione rapida e prevedibile, un'emivita breve e una buona efficacia ed essere privi di effetti collaterali. Una tale gamma di molecole non esiste ed ogni analgesia/sedazione comporta un rischio, in particolare di ipossiemia. Tuttavia, al prezzo di un investimento umano e materiale, un dipartimento di emergenza deve essere in grado di fornire un supporto analgesico efficace in condizioni di sicurezza identiche a quelle di un'anestesia. La qualità di questo tipo di organizzazione è misurata attraverso l'identificazione dei bambini per i quali è, in principio, preferibile un'anestesia generale.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Bambino; Dolore; Pronto Soccorso; Analgesia; Sedazione; Morfina

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Misure generali</b>	1
■ <b>Misura dell'intensità del dolore</b>	2
■ <b>Sedazione-analgesia</b>	2
Concetto di sedazione	2
Indicazioni della sedazione	2
I rischi della sedazione	3
Prerequisiti organizzativi	3
Regole di buona pratica	3
■ <b>Farmaci dell'analgesia e della sedazione</b>	4
Livello I	4
Livello II	4
Vie di somministrazione	5
Dolore residuo	5
■ <b>Anestesi locali, locali estese e locoregionali</b>	5
Topici locali	5
Anestesia locale e locoregionale	6
■ <b>Gestione preventiva del dolore</b>	6
Farmacopea	6
■ <b>Schemi di sedazione</b>	7
■ <b>Conclusioni</b>	7

in termini di tale danno [1]. Il dolore acuto è una sensazione viva e tagliente, che si inserisce in un quadro clinico di evoluzione rapida [2]. È avvertito dal bambino fin dalla nascita [3]. Il dolore acuto è uno dei motivi più frequenti di visita in Pronto Soccorso, che sia dovuto a un problema chirurgico (traumatologia, ortopedia infettiva), potenzialmente chirurgico (dolore addominale) o medico (cefalee, crisi vaso-occlusive dell'anemia falciforme, parafimosi, ecc.). Tra i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso il 10-20% dei bambini sarà sottoposto a una procedura invasiva dolorosa (puntura lombare, prelievo venoso). Complessivamente, più di un bambino su due è affetto da dolore in Pronto Soccorso. I bambini sono meno trattati rispetto agli adulti, soprattutto rispetto ai più giovani [4, 5]. Questa reticenza è legata a una mancanza di formazione medica, a una competenza insufficiente nella gestione dei farmaci analgesici, sedativi e ansiolitici e/o alla gestione dei potenziali effetti collaterali di queste molecole [6]. Infine, i fattori costitutivi del dolore non sono tutti obiettivi. I motivi di ansia sono molti: paura di ciò che sarà fatto, della separazione dai genitori, del dolore, del sangue, della morte, della mutilazione e così via [7]. Questa ansia è espressa come il dolore, ne amplifica gli eventi e genera una sensazione di malessere, fonte di una memorizzazione negativa dell'esperienza del passaggio in Pronto Soccorso. Delle misure generali, dei topici locali e la farmacopea degli analgesici e degli anestetici permettono, attraverso procedure prestabilite, di gestire in maniera tanto preventiva quanto curativa qualsiasi tipo di dolore nel Pronto Soccorso pediatrico [8].

## ■ Introduzione

Il dolore è definito come un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a un danno tissutale reale o virtuale o descritta

## ■ Misure generali

La sistemazione dei locali, la separazione dei circuiti di bambini e adulti in Pronto Soccorso, la scelta dei colori, la sistemazione

**Tabella 1.**

Corrispondenza dell'Agenda nazionale di accreditamento e di valutazione in sanità (ANAES) tra gli strumenti di autovalutazione e l'intensità del dolore (secondo [15]).

Tipo di dolore	Metodi di autovalutazione				Intervento
	VAS	SVS	Poker chip	Scala delle 6 faccine	Analgesici
Leggero	1-3	1	1	2	Livello I
Moderato	3-5	2	2	4	Livello I o II
Intenso	5-7	3	3	6	Livello II o III <sup>a</sup>
Molto intenso	> 7	4	4	8 o 10	Livello III <sup>a</sup>
Soglia di intervento	3	1	2	4	

VAS: scala visiva analogica; SVS: scala verbale semplice.

<sup>a</sup> Scegliere una via di somministrazione rapida.

della sala d'attesa (giocattoli, libri, musica, ecc.) e l'istituzione di procedure di accoglienza da parte di personale formato in pediatria, la cura rivolta all'ambiente sonoro e visivo e il continuo sforzo di spiegare al bambino e ai suoi genitori che cosa ha e ciò che sarà fatto sono necessari per instaurare un clima di fiducia. Il vocabolario è adeguato alle capacità di comprensione del bambino e dei suoi genitori; il materiale viene mostrato e le procedure vengono spiegate facendo ricorso a supporti illustrati cartacei o digitali [9]; gli appuntamenti, gli spostamenti e i loro obiettivi sono annunciati e i genitori sono invitati a stare accanto al bambino [10]. Benché questo ambiente umano non diminuisca il dolore avvertito, esso contribuisce a ridurre l'ansia e partecipa al successo della sedazione [11, 12]. La considerazione del dolore in un dipartimento di emergenza è notevolmente migliorata attraverso la sensibilizzazione del personale e l'introduzione di protocolli [13], tuttavia misurarne l'intensità non significa che esso sarà alleviato in maniera sufficiente [14].

## ■ Misura dell'intensità del dolore

Le domande sul dolore e la sua misurazione sono i principi fondamentali dell'accettazione e della gestione iniziali. Il riconoscimento del dolore si basa sull'attenzione rivolta al paziente che si presenta a visita e sul buon senso. Misurare la sua intensità è difficile a causa delle sue componenti emotive, sensoriali e cognitive. Gli operatori sanitari devono essere formati al riconoscimento clinico del dolore (grida, pianti, allontanamento, agitazione, contrazioni del volto, mutismo, ripiegamento su se stessi, atteggiamento rannicchiato, ostilità, sudorazione, scelta di un atteggiamento analgesico, ecc.) e disporre di strumenti di misurazione di autovalutazione (scala visiva analogica [VAS], scala verbale semplice [SVS], scala delle faccine, gettoni) per i bambini di età superiore ai 5 anni e di eterovalutazione (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale [CHEOPS], scala di Amiel-Tison, Objective Pain Scale [OPS] scala di dolore e disagio del neonato [SDDN]) prima di quest'età [15-17]. Esiste una significativa variabilità interindividuale che permette, a volte, a bambini 4 anni di fornire una valutazione del proprio dolore [18]. La VAS e la scala delle faccine, confrontate in 30 bambini con dolore, prima e dopo la somministrazione di analgesici, e in 30 controlli, si sono dimostrate coerenti e affidabili [19]. La misurazione riflette, in effetti, la somma di diversi concetti, come testimonia la frequente soddisfazione, seppure parziale, fornita dalle benzodiazepine [20].

Non vi è alcun accordo consensuale tra i risultati di tali valutazioni e i termini descrittivi dell'intensità del dolore (lieve, moderato, grave, molto grave). Le corrispondenze stabilite dalla Haute Autorité de Santé (HAS) sono le più utilizzate (Tabella 1).

Una scala verbale numerica è stata recentemente sviluppata per i bambini dagli 8 ai 17 anni che si presentano in Pronto Soccorso per un dolore acuto [21]. Essa va da 0 (assenza di dolore) a 10 (il dolore peggiore) e identifica delle variazioni di un punto. Essa è ben correlata con la VAS, ma queste due scale non sono intercambiabili. Non vi è alcun ostacolo al trattamento del dolore, che la diagnosi sia conosciuta o meno (dolore addominale), a maggior ragione quando si tratta di prevenirlo per dei gesti programmati. In tutte le situazioni, il risultato della valutazione deve essere confrontato con i dati dell'osservazione del bambino.

Il trattamento analgesico farmacologico associato al trattamento eziologico ricerca una rapida analgesia per ottenere un livello di dolore inferiore a 2 con la SVS o a 3/10 con la VAS e permettere al bambino di riprendere le proprie attività.

## ■ Sedazione-analgesia

### Concetto di sedazione

La sola analgesia è, il più delle volte, sufficiente quando le misure di accompagnamento contribuiscono a calmare l'ansia. Quando ciò non avviene, è necessario l'uso di farmaci sedativi.

Al momento di alcune procedure terapeutiche (riduzione di frattura, medicazione di ustioni), gli analgesici di livello I e II sono insufficienti. Occorre fare ricorso a gas anestetici, ai farmaci di livello IIb o III o ad associazioni di farmaci. Questo concetto è quello della sedazione. Gli obiettivi della sedazione sono di facilitare l'esame e di migliorare il comfort del bambino. Occorre preservare la sicurezza e il benessere, ridurre al minimo il disagio fisico o il dolore, ridurre al minimo le risposte psicologiche negative associate al dolore e allo stress e provocare un'amnesia del gesto tecnico, ottenere l'immobilità, mantenere una ventilazione spontanea efficace, mantenere i riflessi di protezione delle vie aeree e consentire il ritorno al domicilio in piena sicurezza [22-24]. La sedazione-analgesia fa ricorso a dei morfincici e a dei sedativi analgesici ipnotici (ketamina), secondo delle modalità di somministrazione che comportano tutte potenziali effetti secondari respiratori, neurologici e/o emodinamici che possono mettere in gioco la prognosi vitale. Il loro uso risponde a regole specifiche [25-29].

### Indicazioni della sedazione

Il termine di sedazione-analgesia ha sostituito quello di sedazione cosciente [30-32]. La sedazione-analgesia è uno stato di depressione del sistema nervoso centrale (SNC) medicalmente indotto, durante il quale il contatto verbale con il paziente è mantenuto; egli deve essere in grado di rispondere a un comando verbale ("apri gli occhi") e alle stimolazioni fisiche lievi. I riflessi di protezione delle vie aeree superiori (VAS) sono conservati e la pervietà delle vie aeree è mantenuta spontaneamente e costantemente. Occorre ricordare che è sempre possibile che un paziente passi rapidamente da una sedazione "leggera" a una perdita di coscienza a causa di un sovradosaggio accidentale o di un'interazione farmacologica, soprattutto in caso di somministrazione di più farmaci. La tecnica di sedazione e i farmaci utilizzati devono avere un margine di sicurezza abbastanza ampio da rendere eccezionale questa eventualità. Le associazioni di morfincici e benzodiazepine, in particolare, devono essere utilizzate con cautela [31].

Una sedazione-analgesia è indicata nel bambino in ventilazione spontanea che soffre di un dolore evidente o che ha segni di paura, angoscia, ansia o agitazione, nonostante la somministrazione di analgesici adeguati all'intensità del dolore misurata. Essa è anche indicata per realizzare una procedura invasiva dolorosa o ansiogena in un bambino cosciente. La scelta dei farmaci dipende dall'obiettivo desiderato (sedazione o analgesia).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8718352>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8718352>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)