

GESTIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO

Il dolore è *una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva associata a danno tissutale reale o potenziale o descritta in termine di tale danno. Il dolore è sempre soggettivo: ogni individuo impara l'applicazione della parola dolore per il tramite delle esperienze correlate ai traumatismi della prima infanzia.*

Sul sito del Ministero della Salute è riportato che *“il dolore va sempre cercato e trattato, in tutte le situazioni in cui vi siano segni e sintomi della sua presenza e anche quando la situazione clinica depone per la presenza di dolore anche se il bambino non esprime verbalmente il suo disagio. Quando possibile il dolore va sempre profilassato”.*

Non si può trattare il dolore se prima non si misura. È sempre possibile misurare il dolore e per questo è necessario usare delle scale validate. Nel neonato e in età pre-verbale, sotto i 3 anni si utilizza la SCALA FLACC. Nel bambino di età > 3 anni si usa la SCALA WONG-BAKER. Questa è costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a “nessun male” a quella che piange, corrispondente a “il peggior male possibile”. Nel bambino di età > 8 anni si ricorre alla SCALA NUMERICA. È una linea orientata orizzontalmente, i cui estremi sono caratterizzati da “nessun dolore” e “il peggiore dolore possibile”.

Il trattamento del dolore in ambito pediatrico si avvale di una terapia *eziologica*, di una terapia *farmacologica* e di una terapia *non farmacologica* (terapia psico-comportamentale e fisica).

Nel **dolore non infiammatorio** il paracetamolo è indicato come farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore lieve-moderato (15mg/kg, 4-6 volte al giorno).

Nel **dolore infiammatorio** l'ibuprofene, in quanto FANS, è il farmaco di scelta (10mg/kg, ogni 8 ore).

Nel dolore continuo l'analgésico va dato a intervalli regolari, con possibilità di una dose di salvataggio (rescue dose) in caso di intensificazione del dolore, oppure in infusione continua.

Le formulazioni orale e rettale di **paracetamolo**, a dosaggi standard, hanno efficacia antipiretica e sicurezza sovrapponibili. Questo vale per la febbre ma non per il dolore. L'assorbimento rettale del paracetamolo è lento ed erratico.

L'**ibuprofene** è il FANS con maggiori evidenze di sicurezza in età pediatrica (ampia finestra terapeutica). È più efficace del paracetamolo nei dolori muscolo-scheletrici. Deve essere somministrato nel bambino perfettamente idratato ea stomaco pieno.

La **codeina** è classificata fra gli oppioidi deboli ed occupa un posto intermedio nella scala analgesica, un po' al di sopra dei FANS. L'ordine di potenza è il 10-15% della morfina. Gli effetti anti-tussivi e gastrointestinali si verificano a dosi minori rispetto a quelle analgesiche. Penetra attraverso la barriera emato-encefalica meglio della morfina. Questo farmaco è spesso presente in specialità medicinali in associazione con il paracetamolo.

Il **Tramadolo** è un oppioide di sintesi. Agisce utilizzando i recettori degli oppioidi. Ha anche azione selettiva a livello spinale e a livello di nervi periferici con azione anestetica locale. Ha una potenza di azione media. Meno effetti collaterali della morfina. Mai descritta depressione respiratoria in età pediatrica. Basso potenziale di dipendenza ed abuso. Non va usato sotto l'anno di vita: non è attivo l'enzima che lo metabolizza (CYP2D6). La dose è 1-2 mg/Kg os o ev (infusione lenta) ogni 6-8 ore (max 8 mg/kg/die).