

Az. Osp. – Univ. Pisana  International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services	RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO	D.V.03/P.A.32 Rev. 01 del 23/09/11 Pag. 1 di 3
--	---	--

La misurazione del dolore nel bambino può essere effettuata tenendo conto della dimensione soggettiva, di quella comportamentale e di quella fisiologica. La dimensione soggettiva è considerata il “*gold standard*” irrinunciabile, a meno che limiti d’età, fisici o intellettivi ne impediscano l’applicazione. Le dimensioni comportamentale e fisiologica si rivelano essenziali nelle situazioni in cui non si può ricorrere all’autovalutazione del dolore.

Molti gli strumenti a disposizione, ma nessuno valido in assoluto per tutta l’età pediatrica. La scelta infatti varia in rapporto a fattori diversi quali età, fase di sviluppo cognitivo, comportamentale e relazionale, situazione clinica, farmacologica, emozionale e logistica, nonché culturale e sociale.

I metodi algometrici in uso per l’età pediatrica si possono suddividere in quattro gruppi:

- ➔ Scale di autovalutazione.
- ➔ Scale di etero valutazione.
- ➔ Metodi fisiologici.
- ➔ Metodi comportamentali.

Valutazione d’ingresso del paziente

Responsabile: infermiere accoglienza

La valutazione del dolore nel paziente pediatrico richiede linee comportamentali specifiche, in relazione a:

- ◆ età,
- ◆ livello cognitivo.

Si utilizzano metodi di **auto** ed **etero**valutazione in rapporto sia all’età del bambino che alla possibilità o meno di effettuare l’autovalutazione (Tab. 1). Un bambino di età compresa fra 0 e 3 anni, ad esempio, difficilmente sarà in grado di effettuare l’autovalutazione del proprio dolore sulla base di specifiche scale o disegni, in questo caso osservare il suo comportamento è di fondamentale importanza (vedi Tab. 1).

Età (anni)	Autovalutazione	Eterovalutazione	
		Comportamento	Parametri fisiologici
0-3	non disponibile	primaria importanza	secondaria importanza
3-6	scale specifiche, disegni	primaria importanza se non viene eseguita l’autovalutazione	secondaria importanza
>6	primaria importanza	primaria importanza	_____

Tabella 1 - Metodi di valutazione del dolore nel paziente pediatrico in rapporto all’età

Colloquio con i genitori: il genitore è colui che conosce meglio il bambino, i suoi bisogni ed i suoi desideri; al fine di individuare la tipologia di paziente pediatrico che si ha di fronte, la collaborazione dei genitori è di fondamentale importanza, consentendo di ovviare ad eventuali ostacoli alla comunicazione legati, ad esempio, ad ansia, paura o semplicemente timidezza da parte del bambino. È necessario, inoltre considerare l’importanza della componente psicologica; per questo è opportuno, fin da subito, supportare psicologicamente il bambino attraverso messaggi positivi.

L’infermiere al momento dell’ingresso procede alla misurazione dell’intensità e alla localizzazione del dolore.

1. Misurazione all’ingresso del paziente

Responsabile: infermiere

L’Infermiere all’ingresso individua la scala più idonea che per efficacia, efficienza e applicabilità, risulti più indicata per la misurazione del dolore.

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 del dolore. È un metodo di valutazione comportamentale.
2. **Scala con le facce di Wong-Baker** per bambini d’età > 3 anni.
3. **Scala numerica o termometro del dolore** per bambini d’età ≥ 8 anni.

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

Categoria	Punteggio		
	0	1	2
Volto Face	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 Legs	Posizione normale o rilassata	Si agita, è irrequieto, teso	Scalcia, o raddrizza le gambe
Attività Activit	Posizione quieta, normale, si muove in modo naturale	Si contorce, si dondola avanti e indietro, teso	Inarcato, rigido o si muove a scatti
Pianto Cry	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 Consolabil	Soddisfatto, rilassato	È rassicurato dal contatto occasionale, dall'abbraccio o dal tono della voce, è distraibile	Difficile da consolare o confortare

Scala FLACC, valuta cinque elementi: 1) Face (espressione del volto), 2) Legs, 3) Activity (posizione e movimenti delle gambe e del corpo), 4) Cry (presenza di pianto o lamenti), 5) Consolability (necessità e possibilità di rassicurare e tranquillizzare il paziente). (2002, University of Michigan).

Ognuna delle cinque categorie viene conteggiata da 0 a 2, con un punteggio totale tra 0 e 10 quindi confrontabile con quello delle scale di autovalutazione come la NRS (Number Rating Scale) e la VAS (Visual Analogic Scale).

1.2 Bambino di età > 3 anni: Affective facial scale (AFS) o Scala delle espressioni facciali o scala di Wong-Baker

Consiste in una rappresentazione grafica di una serie di sei facce, con diverse espressioni che sono usate per valutare le dimensioni affettive del dolore, da quella sorridente corrispondente a “nessun male” a quella che piange, corrispondente a “il peggior male possibile., è utilizzata per i bambini a partire dall’età di 4 anni. Al di sotto di ciascuna faccia è presente un valore numerico corrispondente all’intensità di dolore dipinto sulla faccia stessa (figura 1).

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.

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 peggiore male che si possa immaginare, anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male”. L’attendibilità di questa scala può essere influenzata da aspetti psicologici legati all’espressione facciale quali emotività, ansia, felicità, depressione etc..

Attenzione al rischio che il bambino interpreti in modo inadeguato la richiesta, indicando la faccia che più gli piace: il bambino deve scegliere la faccia che meglio descrive come lui attualmente si sente.

Az. Osp. – Univ. Pisana  International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services	RILEVAZIONE DEL DOLORE NEL BAMBINO	D.V.03/P.A.32 Rev. 01 del 23/09/11 Pag. 3 di 3
--	---	--

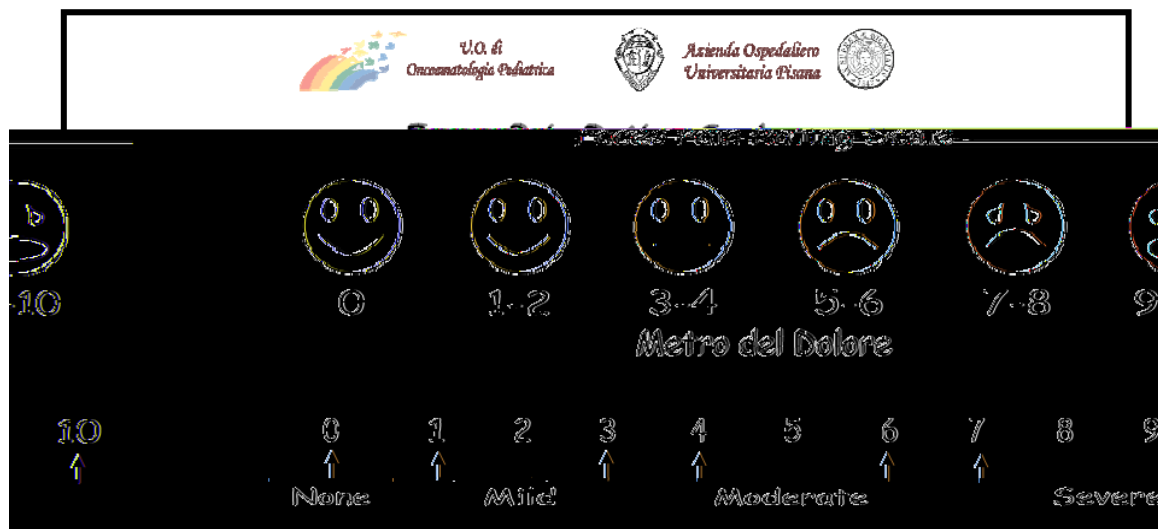


Figura 1

1.3 Bambino di età ≥ 6/8 anni: Scala numerica o Metro del dolore

È costituito da una linea graduata composta da una scala numerata da 0 a 10, nella quale le due estremità indicano, rispettivamente, le condizioni di "assenza di dolore" e "massimo dolore immaginabile" (*figura 1*). L'infermiere chiede al paziente di individuare tra questi due estremi il numero corrispondente all'intensità del dolore percepito (può essere utile il paragone con il termometro per la febbre).

Registrare il valore del termometro del dolore secondo le **modalità** previste nel *paragrafo 6.4* della P.A.32.

Il sistema proposto in *figura 1* è stato pensato come regolo da tenere nel taschino della divisa dell'infermiera. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla sig. Del Carlo della UO. Oncoematologia Pediatrica

Per le tappe successive si rimanda ai *paragrafi 6.3* e seguenti della P.A.32.

Nel bambino con handicap neuromotorio, si ricorre alla etero valutazione da parte dei genitori ed eventualmente, in caso di dubbio, alla valutazione dei parametri fisiologici.

➤ Metodi fisiologici

Valutano l'effetto del dolore su parametri fisiologici (i più frequenti sono aumento di frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, sudorazione palmare, riduzione della saturazione transcutanea di ossigeno). Non sono in realtà indicatori specifici di dolore, ma misurano lo stress fisico ed emozionale che al dolore si accompagna. Sono utili in pazienti ove, per età e/o situazione clinica, non è possibile applicare metodi di autovalutazione.

1.4 Bambino con difficoltà linguistiche

Per la mediazione linguistica in ambito pediatrico, la UO. Oncoematologia Pediatrica della AOUP ha predisposto delle pratiche schede con un simpatico disegno del corpo umano e con la relativa traduzione multilingue delle parti del corpo che il bambino può indicare. Le schede sono disponibili in allegato DV05/ PA32.

BIBLIOGRAFIA

Il dolore nel bambino. Strumenti pratici di valutazione e terapia. Roma 2010 Ministero della Salute.