



Dalla parte del bambino

30

dolore, dall'evidenza alla deontologia, una scelta ...dalla parte del bambino

Infermiere Giovanna Colombo, Silvia Bressan, Elisa Valli - U.O. Terapia Intensiva Neonatale Azienda Ospedaliera S. Anna Como

Stare dalla parte dei bambini significa anche... proteggerli dal dolore. La riflessione che vogliamo condividere rispetto al trattamento del dolore con tutti i colleghi che assistono, neonati e lattanti, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale e domiciliare ci porta inevitabilmente ad alcune considerazioni. L'IASP (*International Association for the Study of Pain* - 1986) ha definito **il dolore come "un'esperienza spiacevole sensoriale ed emozionale che si associa ad un danno reale o potenziale dei tessuti o ad un'esperienza che viene descritta come tale"**. Purtroppo ad oggi, la prevenzione del dolore è spesso scarsamente considerata dai professionisti durante la pratica clinica sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero nonostante le ricerche sulla percezione del dolore nel neonato negli ultimi anni abbiano dimostrato che è presente fin dalla vita intrauterina. Fino agli anni Ottanta si riteneva infatti che il neonato, soprattutto quello pretermine, non provasse dolore. Dagli studi condotti risulta ormai evidente che nel feto a partire dal secondo trimestre della gravidanza (20 settimana circa), sono sviluppate tutte le vie nervose nocicettive che gli permettono di provare dolore^{1, 2}. Si consideri poi che a causa della scarsa maturità del sistema inibitore, lo stimolo doloroso è provato con maggiore intensità nel pretermine rispetto al neonato a termine e nel neonato a termine rispetto all'adulto. Inoltre sono ormai ampiamente disponibili prove di efficacia rispetto alle metodiche per il trattamento del dolore nel neonato e lattante. Le ripercussioni negative dello stimolo doloroso portano ad una chiusura dei sensi verso l'ambiente, quando il neonato dovrebbe avviare una progressiva apertura verso ciò che lo circonda al fine di pro-

muovere un regolare sviluppo psicomotorio e relazionale.

Il risultato di una inefficace gestione del dolore da procedura, soprattutto se ripetuto, provoca un aumento dell'oppositività del neonato, un pessimo ricordo dell'esperienza e causa un aumento della sensibilità agli stimoli dolorosi, provocando anche un dolore anticipatorio^{3, 4}. L'effetto negativo è anche riscontrabile con un aumento degli ormoni dello stress e aumentata instabilità dei parametri vitali. Il dolore da procedura è generalmente un'esperienza di breve durata; nonostante ciò, se effettuata senza un controllo adeguato, e se ripetuta spesso, può produrre effetti negativi a lungo termine. Esperienze traumatiche e dolorose ripetute possono lasciare un segno indelebile nel cervello del neonato. Da quanto affermato si evince l'importanza di attuare un trattamento farmacologico e/o non farmacologico ogni qualvolta sia necessario eseguire procedure invasive (interventi), e procedure cosiddette minori, come le **vaccinazioni, i prelievi ematici**, ma ugualmente dolorose attuate in ambito ospedaliero, ambulatoriale e o domiciliare. Mentre il trattamento farmacologico non è attuabile in autonomia dall'infermiere, richiede prescrizione ed è da riservare all'esecuzione di procedure invasive, quello non farmacologico è indicato nelle procedure dolorose minori ed è attuabile in piena autonomia dagli infermieri. Partendo dalla definizione di uomo-persona che la disciplina infermieristica ha fatto propria, e che considera l'uomo come una persona unica con caratteristiche proprie⁵ si deduce che i bambini, i neonati, sono soggetti con caratteristiche fisiche e psicologiche particolari, che ne definiscono anche i diritti specifici che devono essere



rispettati, come sancito nella "Carta dei Diritti dell'infanzia"⁽⁶⁾ e nella Convenzione ONU (**Organizzazione nazioni Unite**), documento di portata internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza⁽⁷⁾. Neonati e lattanti devono inoltre essere preservati dal dolore perchè devono essere rispettati e per le conseguenze che l'esposizione al dolore può provocare. Già nel 1953-1954 erano stati promulgati due documenti che prendevano in considerazione i diritti del malato e che evidenziano il **diritto alla protezione e diritto alla differenza** nel trattamento rispetto alla tipologia di persona per esempio legata all'età, con chiaro riferimento all'età pediatrica^(8,9). Nel 2005, Cittadinattiva ha promosso "la carta dei diritti sul dolore inutile": questo documento contiene un richiamo specifico (articolo n° 7) al trattamento del dolore dei bambini e di **coloro che non hanno voce**⁽¹⁰⁾. Il **Gruppo di Studio di Analgesia e Sedazione del Neonato** che opera nell'abito della

Società Italiana di Neonatologia ha elaborato nel 2008 delle linee guida⁽¹¹⁾ per la prevenzione ed il trattamento del dolore nel neonato con l'obiettivo di diffondere e condividere le raccomandazioni con chi è quotidianamente impegnato nella cura del neonato, consapevoli che una



adeguata gestione del dolore deve essere parte integrante delle cure offerte al neonato, come espressione di una buona pratica clinica. Queste linee guida mettono a disposizione un'attenta revisione della bibliografia e chiare raccomandazioni da attuare per contenere il dolore in generale, con precisi riferimenti al trattamento del dolore da procedura. All'interno del documento è dedicato spazio preciso alle metodiche non farmacologiche da attuare preventivamente per ridurre il **dolore da iniezione intramuscolare** (Fig. 1 e tab. 1) e da **venipuntura** (anche effettuata per eseguire un prelievo) (Fig. 2 e tab. 2) riferibili al neonato e lattante. Oltre all'attenzione agli aspetti che fanno riferimento alla natura tecnica dell'assistenza, si sottolinea l'importanza degli interventi riferi-

Figura 1

INIEZIONI INTRAMUSCOLO

Ove è possibile, prediligere la via endovenosa per la somministrazione di farmaci nel neonato. Per l'immunoprofilassi neonatale e la somministrazione di Vitamina K, è indicato contenere il neonato ed utilizzare gli interventi ambientali e non farmacologici precedentemente indicati per la puntura da tallone. Raccomandazione A (PNLG) Good Practice Points (SIGN)

Tabella 1. Analgesia e sedazione in corso di puntura da tallone

- ▶ Posizione adeguata e contenuta in telini caldi;
- ▶ Ambiente tranquillo;
- ▶ Perfusione del tallone adeguata;
- ▶ Possibilmente lontano dai pasti e da altre procedure dolorose invasive;
- ▶ Considerare l'uso della venipuntura in alternativa;
- ▶ Succhiotto con saccarosio al 12%, 0.2-0.3 ml PO nel pretermine e 1-2 ml nel neonato a termine o latte materno, 2 minuti prima della procedura;
- ▶ Mettere in atto manovre atte a distrarre il neonato e a fornire stimoli che competano con l'arrivo del dolore alla corteccia cerebrale (saturazione sensoriale);
- ▶ Considerare la possibilità di coinvolgere la madre nelle operazioni, eventualmente anche tramite il contatto pelle-pelle, l'allattamento durante il prelievo o la somministrazione di sostanza dolce;
- ▶ Usare una lancetta a molla automatica (tipo Tenderfoot) e non quelle manuali;
- ▶ Non spremere il tallone;
- ▶ Accompagnare il neonato nel ritorno allo stato basale di benessere, con adeguato contenimento e tecniche consolatorie;
- ▶ Non programmare possibilmente altre manovre invasive per almeno le due ore successive la manovra.

Tabella 2. Analgesia e sedazione in corso di venipuntura e posizionamento di catetere venoso percutaneo

- ▶ Posizione adeguata e contenuta in telini riscaldati;
- ▶ Ambiente tranquillo;
- ▶ Possibilmente lontano dai pasti e da altre procedure dolorose invasive;
- ▶ EMLA 0.5-1 gr con bendaggio occlusivo per 30-60 minuti;
- ▶ Succhiotto con saccarosio al 12%, 0.2-0.3 ml PO nel pretermine e 1-2 ml nel neonato a termine o latte materno, 2 minuti prima della procedura;
- ▶ Considerare bolo di Fentanile 1-2 mcg/kg ev lento se neonato intubato;
- ▶ Usare agocannule di piccolo calibro, G24 o G26, ove possibile;
- ▶ A fine procedura continuare con manovre di contenimento e con il monitoraggio dei parametri fisiologici, fino al ritorno allo stato basale;
- ▶ Non programmare altre manovre invasive per almeno le due ore successive la manovra.



Figura 2

VENIPUNCTURA E POSIZIONAMENTO DI CATETERE CENTRALE PERCUTANEO

Mettere in atto tutti gli interventi ambientali (punto 8) e gli interventi non farmacologici precedentemente indicati per la puntura da tallone. **Raccomandazione A (PNLG e SIGN)**
Preferire agoannule di piccolo calibro G 24-26, ove possibile.

Interventi farmacologici locali

Se è possibile programmare la procedura e non siamo in presenza di un'urgenza, applicare crema EMLA 0.5-1 gr (1/5 di tubetto) per 30-60 minuti prima del prelievo con un bendaggio occlusivo non aderente alla cute per non provocare dolore al momento di rimuoverlo e segnare l'ora di applicazione sul bendaggio occlusivo. (29-32) **Raccomandazione B (PNLG) Raccomandazione A (SIGN)**

Nel periodo di applicazione controllare ogni 15' la presenza di reazioni locali (iperemia, arrossamento, aree di vasocostrizione cutanea), che possono verificarsi a causa dell'applicazione dell'anestetico locale. (33)

Si ricorda che in Italia l'uso dell'EMLA è ammesso nel neonato maggiore di 37 settimane, ma nel pretermine, nonostante esistano studi pubblicati da tempo che ne attestano la sicurezza in relazione soprattutto al possibile aumento della meta-emoglobinemia, il suo uso è al momento "off-label". Tuttavia in base alla nostra esperienza e ai dati della letteratura, ci sentiamo di consigliarla su cute integra, dopo la prima settimana di vita anche nel prematuro, controllando attentamente ogni 15 minuti durante il tempo di contatto, la comparsa di reazioni locali e semmai riducendo il tempo di applicazione. Si ricorda che la profondità dell'anestesia dipende dalla durata del contatto. **Raccomandazione C (PNLG) Raccomandazione D (SIGN)**.

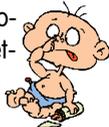
L'uso di altri anestetici sembra efficace, ma mancano sicuri dati sul neonato e la disponibilità dei preparati commerciali in Italia (Ametocaina al 4%, Ela-max -4% lidocaina liposomiale, patch di tetracaina). (34-35)

Interventi farmacologici sistemici

In alcune situazioni particolari qualora le tecniche non farmacologiche risultino inefficaci può essere indicato nel neonato ventilato l'utilizzo di una analgesia sistemica a base di oppioidi in bolo (fentanil 1-2 mcg/Kg). (36) **Raccomandazione C (PNLG) Raccomandazione B (SIGN)**

abili alla sfera relazionale dell'assistenza con la messa in atto della cura dell'ambiente e dell'attuazione della saturazione sensoriale, senza omettere quella educativa in riferimento all'informazione e coinvolgimento dei genitori nelle procedure. È necessario perciò creare le condizioni ambientali favorevoli come la riduzione degli stimoli rumorosi e luminosi eccessivi definiti come stimoli sensoriali sgradevoli e implementare invece quelli positivi. La saturazione sensoriale,^(12, 13) tecnica spesso a "costo zero" è attuabile in totale autonomia dall'infermiere; è una tecnica non farmacologica utilizzata per la prevenzione del dolore dei neonati. Consiste nell'attirare l'attenzione del bambino con stimoli positivi che vadano a saturare i cinque sensi in modo da distrarre il pic-

colo e favorirne così il passaggio sulle vie di conduzione a livello della corteccia cerebrale. In questo modo lo stimolo nocicettivo trovando la via afferente già occupata arriverà in modo molto più attutito. Questa metodica di distrazione fa riferimento alla teoria del cancello secondo cui l'invio dello stimolo piacevole entra in competizione con quello doloroso, bloccandone l'invio. Questa metodica consiste in:

- Stimolazione visiva: ambiente piacevole, contatto visivo, meglio se con la mamma, ridurre luci negli occhi al neonato. 
- Stimolazione tattile: contenere in modo dolce il neonato, effettuare massaggi su schiena e capo, gentle handling da parte dell'infermiere. 
- Stimolazione uditiva: parlare al piccolo con tono rassicurante; permettere alla mamma di parlare al neonato; evitare parole inutili e confusione. 
- Stimolazione olfattiva: meglio l'odore della mamma, eliminare disinfettanti alcolici, oltretutto non indicati nel neonato. 
- Stimolazione gustativa: **favorire la suzione al seno o in alternativa offrire succhiotto con latte materno o saccarosio o glucosio al 12% 1-2 ml 2 minuti prima della procedura**^(11, 12, 13) 

Anche il Ministero della Salute ha promulgato, nel 2010,⁽¹⁴⁾ un documento che dà chiare indicazioni in merito al trattamento di qualsiasi tipologia di dolore e che sottolinea l'importanza del trattamento non farmacologico. La letteratura internazionale è unanime circa l'efficacia delle tecniche sopra descritte. Attuare un'analgesia efficace e sicura è tutt'oggi una delle principali sfide dell'assistenza infermieristica in ambito neonatale. Al fine di aiutare i professionisti nella prevenzione, misurazione e controllo del dolore esistono diverse scale sviluppate con apposite item in relazione all'età evolutiva del bambino e che prendono in considerazione parametri fisiologici, comportamentali e contestuali. La misurazione del dolore è divenuta, dal 2010, obbligatoria per legge⁽¹⁵⁾. Gli indicatori più tipici per misurare il dolore nel neo-



nato e nel lattante sono ben visibili e documentate nelle immagini successive.



La motivazione che deve sostenere gli infermieri al trattamento del dolore nel bambino piccolo, trova indicazione, oltre che nella bibliografia di riferimento, nella normativa e nella deontologia professionale, di cui il Codice Deontologico degli Infermieri^(16, 17) ne è l'espressione principale e che richiama al rispetto dei principi etici della professione anche in relazione alla tematica del dolore.

In particolare:

CAPO I°

- **articolo 3**, esprime l'impegno a prendersi cura, ad accudire, concetto che dovrebbe permeare

ogni azione di ciascun professionista dell'ambito pediatrico.

- **articolo 5**, sottolinea il rispetto dei diritti della persona come condizione essenziale per l'esercizio della professione. L'infermiere deve farsi garante dei diritti del bambino.

CAPO II°

- **articolo 7**, afferma il rispetto dei principi etici come conditio sine qua non per l'esercizio professionale, che le azioni devono essere orientate al bene dell'assistito, e alla salvaguardia della dignità, si fa garante dell'equità dell'assistenza nella cura del dolore e sofferenza, nel non abbandono degli assistiti.
- **articolo 9**, espressione del principio di **beneficenza e non maleficenza** assume significato non solo di astenersi da pratiche che possano nuocere al bene della persona, il bambino, ma attivarsi per erogare prestazioni che ne perseguano il bene inteso come benessere, limitazione del dolore a garanzia di un normale sviluppo neuro comportamentale. L'articolo invita ad un atteggiamento di prudenza "Primum non nocere" sottinteso negli articoli 11-12-13-14-15.

CAPO III°

- **articolo 11**, sottolinea l'impegno a garantire prestazioni fondate su conoscenze validate, ricavate da prove scientifiche affidabili: il trattamento del dolore nel neonato ne è un valido esempio nonché un impegno per ciascuno di noi.

CAPO IV°

- **articolo 20**, dà importanza all'ascolto verbale e non verbale, e il linguaggio del neonato è prevalentemente non verbale.
- **articolo 21**, considera il coinvolgimento delle persone significative, per il neonato, i genitori.
- **articolo 22**, afferma l'impegno a conoscere il processo diagnostico-terapeutico, nel caso della limitazione del dolore per poter pianificare l'assistenza.
- **articolo 27**, garantisce la continuità assistenziale attivando rete di rapporti interprofessionali anche a tutela del contenimento del dolore, per esempio tra ospedale e territorio e curando la gestione degli strumenti informativi garantendo attraverso una corretta compilazione la documentazione anche del dolore.
- **articolo 30**, espressione di tutela al neonato rifiutando la **contenzione** come metodica di contenimento del dolore.



- **articolo 34, esprime impegno a prevenire e contrastare dolore e alleviare la sofferenza**, sia con le metodiche farmacologiche ma anche con quelle **non farmacologiche in autonomia** e include un implicito dovere di formazione.

Il **codice deontologico** è un corpus di regole di **autodisciplina** che la professione infermieristica si è data soprattutto in ambiti non o parzialmente regolamentati dalla legislazione ma, in quanto delimitante il campo proprio di attività e responsabilità,

assume a pieno titolo una valenza giuridica in quanto esprime per ogni infermiere l'attinenza ad un **"dover essere"** vincolante nell'esercizio professionale. Le norme di un Codice Deontologico esprimono dei doveri cui il **professionista non può sottrarsi**. E, considerando la tematica del contenimento del dolore in un ambito così delicato come quello dell'assistenza ai neonati, oltre ad affermare che è un dovere al quale nessuno di noi può permettersi di sottrarsi, rappresenta un percorso di cura così come affermato da Corli S. Zanetti E. *"Al dolore non si può rispondere con il silenzio"*⁽¹⁸⁾



BIBLIOGRAFIA

1. Anand KJS, Hickey PR. New Engl J Med 1987; 317(21):1321-6.
2. Fitzgerald M. In Anand JKS, Stevens BJ, McGrath PJ Editors Pain in neonates. 2nd Revised and Enlarged Edition. Amsterdam. Elsevier, 2000: p 9-21.
3. Fitzgerald M. Painful Beginnings - Pain 2004; 110: 508-9.
4. Schechter L, Berde CB, Yaster M. Pain in Infants, Children and Adolescents, 2nd edition. Philadelphia, PA 2002: 693-706.
5. Cantarelli M. (2003) Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson.
6. OMS UNICEF Carta dei diritti dell'infanzia http://www.vocidibimbi.it/Mondobimbo/Diritti/carta_dei_diritti.htm consultato in data 30/5/2013.
7. UNICEF Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989. <http://www.unicef.it/doc/599/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza.htm> consultato in data 30/5/2013.
8. Cittadinanzattiva <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1953-carta-dei-diritti-del-malato.html> consultato in data 30/5/2013
9. Cittadinanzattiva http://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/europa/carta/carta_europeairitti_malato.pdf consultato in data 30/5/2013.
10. Cittadinanzattiva <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1954-carta-dei-diritti-sul-dolore-inutile.html> consultato in data 30/5/2013.
11. Società Italiana di Neonatologia <http://www.neonatologia.it/upload/321.pdf> consultato in data 20/5/2013.
12. Bellieni CV, Cordelli DM, Marchi S, et al Sensorial Saturation for Neonatal Analgesia. Clin J Pain. 2007; 23 (3):219-221.
13. Axeli A, Salantera S, Kirjavainen J, Lehtonen L. Oral glucose and prenatal holding preferable to opioid in pain management in pre-term infants. Clin J Pain 2009 Feb; 25 (2): 138-45.
14. Ministero della Salute Il DOLORE NEL BAMBINO Strumenti pratici di valutazione e terapia. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf consultato in data 30/5/2013.
15. Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.
16. Il Codice deontologico dell'Infermiere Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipvsi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009.
17. Federazione Nazionale Collegi IPASVI Silvestro A. (2009) Commentario al Codice deontologico degli infermieri. Milano McGraw-Hill
18. Calamandrei C., D'Addio L. (1999). Commentario al nuovo codice deontologico. Milano: McGraw-Hill.