

34

Congresso Nazionale di
**ANTIBIOTICOTERAPIA
in età pediatrica**

La gestione del dolore nel bambino

S. Esposito, Milano

LA GESTIONE DI FEBBRE E DOLORE NEL BAMBINO

Susanna Esposito

**Unità di Pediatria ad Alta Intensità di Cura, Università
degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico, Milano**

La Febbre

MICROORGANISMI PATOGENI, TOSSINE



Induzione della sintesi di citochine pirogene:
IL-1, IL-6, TNF- α , IFN- γ



Sintesi di **PGE₂** nell'ipotalamo



La PGE₂ interagisce con recettori presenti nei nuclei preottici dell'ipotalamo e determina elevazione del punto di equilibrio (*set point*) del termostato ipotalamico



FEBBRE

Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children

Elena Chiappini^{1,3*}, Alessandra Parretti¹, Paolo Becherucci², Monica Pierattelli², Francesca Bonsignori¹, Luisa Galli¹ and Maurizio de Martino¹

Results: Overall, 388 parents and 480 paediatricians were interviewed. All the parents believed that fever could cause at least one harmful effect and 89.9% (n = 349) believed that, if left untreated, it can cause brain damage or seizures. Parents used multiple resources to obtain information about fever but 67.8% (n = 264) considered paediatricians as their primary resource. Several wrong behaviours were found in the same proportions among parents and paediatricians: 78.5% of paediatricians (n = 377) and 77.8% of parents (n = 302) used physical method to reduce fever (P = 0.867); 27.0% of paediatricians (n = 103) and 21.4% (n = 83) of parents declared to alternate ibuprofen and acetaminophen (P = 0.953). Differently, 73.1% (n = 351) of paediatricians preferred oral to rectal administration of antipyretics compared to 48.7% (n = 190) of parents (P < 0.0001). Worryingly, 1.4% of paediatricians and 1.2% of parents declared to use acetylsalicylic acid or steroids as second-choice antipyretics (P = 0.937) and 6.7% (n = 26) of parents declared to use table- or teaspoons for determining the dose of drug.



Gestione del segno/sintomo febbre in pediatria

Linee Guida della Società Italiana di Pediatria

Coordinatori: Prof. Maurizio de Martino (Firenze) e Prof. Nicola Principi (Milano)

Piano Nazionale Linee Guida 2013

Gruppo di lavoro multidisciplinare:

1. Dr. Paolo Becherucci, pediatra di famiglia, rappresentante FIMP, Firenze
2. Dr. Francesca Bonsignori, medico, Firenze
3. Dr. Elena Chiappini, pediatra, Firenze
4. Prof. Andrea de Maria, infettivologo, Genova
5. Prof. Maurizio de Martino, pediatra, Firenze, coordinatore di sottocommissione
6. Prof. Susanna Esposito, pediatra, Milano
7. Prof. Giacomo Faldella, pediatra neonatologo, Bologna
8. Prof. Filippo Festini, docente di metodologia della ricerca, infermiere, Firenze
9. Prof. Luisa Galli, pediatra, Firenze
10. Prof. Riccardo Longhi, pediatra, referente per le linee guida SIP, Como
11. Dr. Bice Lucchesi, farmacista, Massa
12. Prof. Gian Luigi Marseglia, pediatra, Pavia
13. Prof. Lorenzo Minoli, infettivologo, Pavia
14. Prof. Alessandro Mugelli, farmacologo, Firenze
15. Prof. Nicola Principi, Milano, coordinatore di sottocommissione
16. Dr. Paola Pecco, pediatra, Torino
17. Dr. Simona Squaglia, infermiera, Roma
18. Dr. Paolo Tambaro, pediatra, Caserta
19. Prof. Pier-Angelo Tovo, pediatra, Torino, coordinatore di sottocommissione
20. Dr. Pasquale Tulumiero, rappresentante dell'associazione dei genitori "Noi per Voi", Firenze
21. Dr. Giorgio Zavarise, pediatra, Verona

Raccomandazione 1. La via di misurazione rettale della temperatura corporea non dovrebbe essere impiegata di routine nei bambini con meno di 5 anni a causa della sua invasività e del disagio che comporta (livello della prova III; forza della raccomandazione D) .

Raccomandazione 6. A domicilio, per la misurazione da parte dei genitori o dei tutori, per tutti i bambini viene raccomandata la misurazione con termometro elettronico in sede ascellare (livello di prova II; forza della raccomandazione B).

Raccomandazione 8. L'impiego di mezzi fisici per la terapia della febbre è sconsigliato (livello della prova I; forza della raccomandazione E)

Raccomandazione 10. Non è raccomandato considerare l'entità della febbre come fattore isolato per valutare il rischio di infezione batterica grave (livello di prova III; forza della raccomandazione E)

Gestione del segno/sintomo febbre in pediatria

Linee Guida della Società Italiana di Pediatria

Raccomandazione 12. **I farmaci antipiretici devono essere impiegati nel bambino febbrile solo quando alla febbre si associ un quadro di malessere generale** (livello di prova I; forza della raccomandazione B).

Raccomandazione 13. **Paracetamolo ed ibuprofene sono gli unici antipiretici raccomandati in età pediatrica.** (livello di prova I; forza della raccomandazione A).

Raccomandazione 14. **L'acido acetilsalicilico non è indicato in età pediatrica per il rischio di sindrome di Reye** (livello di prova III; forza della raccomandazione E).

Raccomandazione 15. **I cortisonici non devono essere impiegati come antipiretici per l'elevato rapporto costi/benefici** (livello di prova III; forza della raccomandazione E).

Raccomandazione 16. **L'uso combinato o alternato di ibuprofene e paracetamolo non è raccomandato sulla base delle scarse evidenze disponibili riguardo la sicurezza e l'efficacia rispetto alla terapia con un singolo farmaco.** (livello di prova VI; forza della raccomandazione D).

Appropriatezza terapeutica nella Febbre

AUMENTO SEGNALAZIONI AVVERSE PER IBUPROFENE



RACCOMANDAZIONI DEL WORKING GROUP PEDIATRICO DELL'AIFA IN RELAZIONE ALL'USO DEI FANS NEI BAMBINI

- l'ibuprofene non è raccomandato in bambini con varicella o in stato di disidratazione;
- è indispensabile prestare attenzione a possibili fattori concomitanti che possano incrementare il rischio di tossicità (trattamenti farmacologici, vomito, stato di disidratazione);
- è raccomandata cautela in casi di grave insufficienza epatica o renale o in soggetti con malnutrizione grave;
- non vi è alcuno studio pubblicato in letteratura che abbia dimostrato l'efficacia dei FANS nell'abbreviare la durata della sintomatologia in corso di infezioni delle vie respiratorie. **Pertanto il loro impiego, con un presunto obiettivo curativo antinfiammatorio, in corso di queste specifiche ed autolimitanti condizioni, è fortemente sconsigliato.**

Abuso nell'utilizzo degli antinfiammatori e associazioni paracetamolo-FANS per combattere la febbre in pediatria:

- accrescendo il **rischio di sovradosaggio**
- portando ad un significativo **incremento di reazioni avverse** (per lo più gastrointestinali)

Ibuprofen-associated acute kidney injury in dehydrated children with acute gastroenteritis

Alejandro Balestracci¹ • Mauricio Ezquer² • María Eugenia Elmo² • Andrea Molini² •
Claudia Thorel² • Milagros Torrents² • Ismael Toledo¹

Methods Over a 1-year period dehydrated children with AGE ($n=105$) were prospectively enrolled and grouped as cases, presenting with AKI ($n=46$) or controls, not presenting with AKI ($n=59$). AKI was defined by pediatric RIFLE (pRIFLE) criteria.

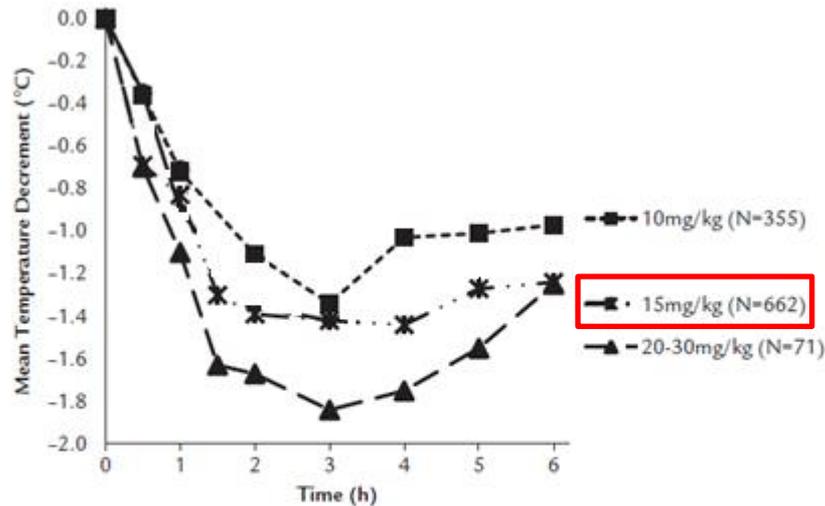
Results Among the children enrolled in the study, AKI prevalence was 44 %, and 34 (54 %) of the 63 patients who received ibuprofen developed renal impairment. Relative to the controls, children presenting with AKI were younger (median age 0.66 vs. 1.74 years; $p<0.001$) and received ibuprofen more frequently (74 vs. 49 %, $p=0.01$). After adjusting for

the degree of dehydration, ibuprofen exposure remained an independent risk factor for AKI ($p<0.001$, odds ratio 2.47, 95 % confidence interval 1.78–3.42). According to the pRIFLE criteria, 17 patients were at the ‘risk’ stage of AKI severity, 24 were at the ‘injury’ stage, and five were at the ‘failure’ stage; none required dialysis. Distribution of patients within categories was similar regardless of ibuprofen exposure. All cases fully recovered from AKI.

Conclusions Ibuprofen-associated AKI was 54 % in our cohort of dehydrated children with AGE. Drug exposure increased the risk for developing AKI by more than twofold, independent of the magnitude of the dehydration.

Appropriatezza terapeutica nella Febbre

Dosing and Antipyretic Efficacy of Oral Acetaminophen in Children



response of paracetamol [42]. Taken together, data indicate that 15 mg/kg, allowing an earlier onset and a longer duration of effect is an optimal, oral paracetamol dose for an antipyretic effect.

Figure 3. Mean antipyretic responses to acetaminophen over time in children—published studies. All studies in which data were reported or could be estimated from graphs and put into specific categories (Table V) were included.

1. Temple AR et al. Clin Ther. 2013 Sep;35(9):1361-75.e1-45
2. de Martino and Chiarugi 2015. Pain and Therapy. Published online: 30 Oct 2015

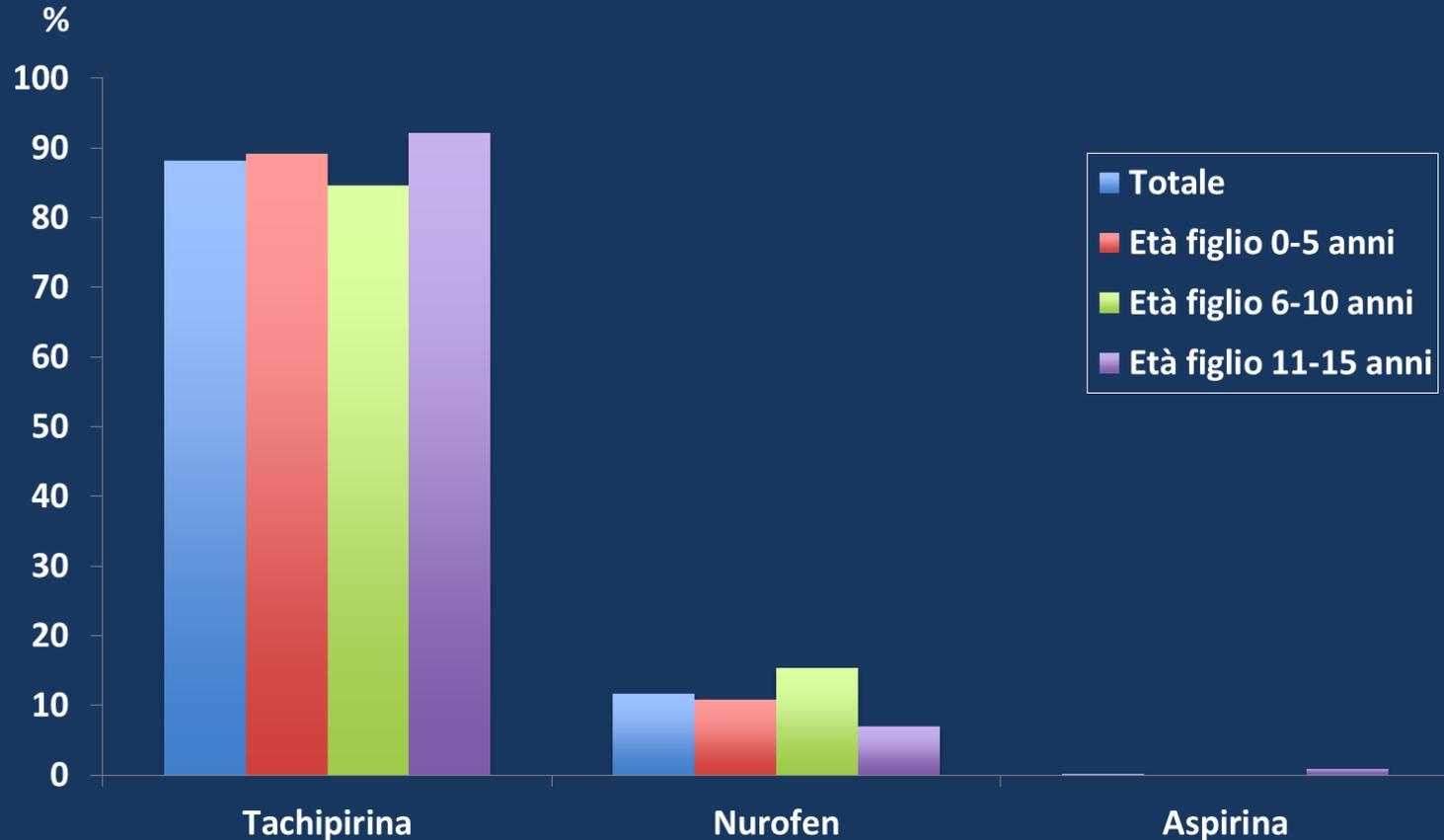
Se decide di trattare la febbre qual è il primo intervento (n=464 genitori)?



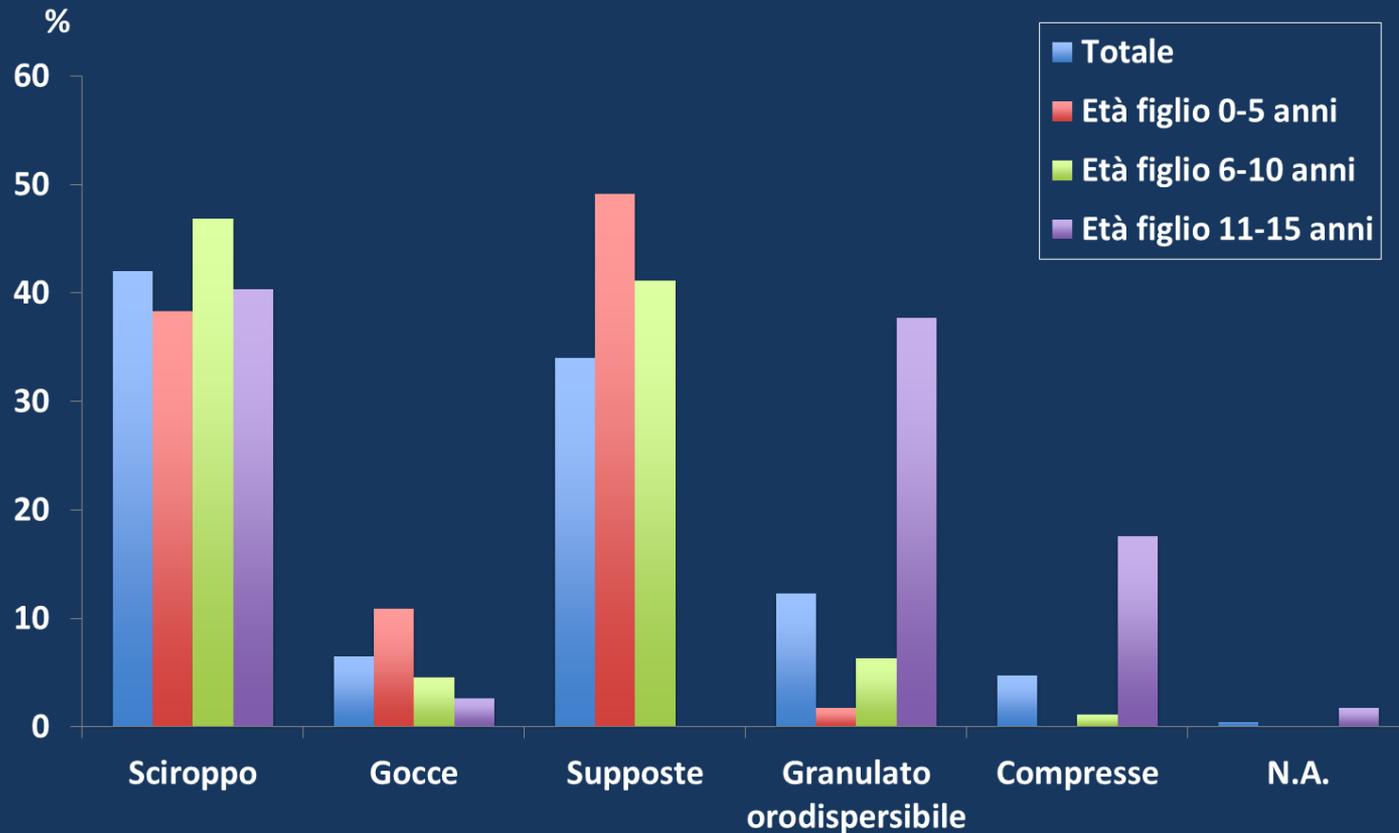
Esposito et al., 2015

■ Totale ■ Età figlio 0-5 anni ■ Età figlio 6-10 anni ■ Età figlio 11-15 anni

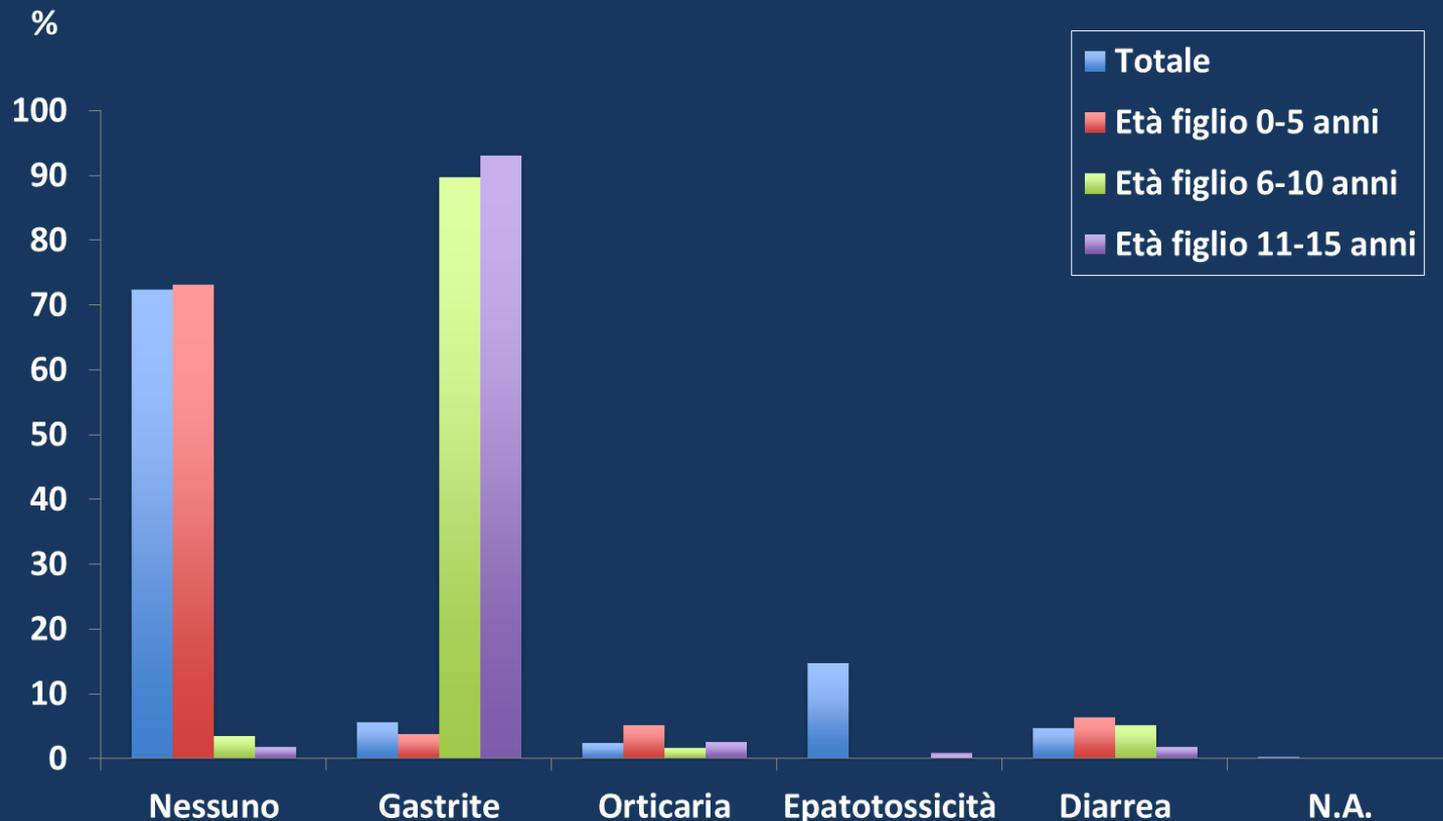
Qual è l'antipiretico che più spesso usa per suo/a figlio/a (n=464 genitori)?



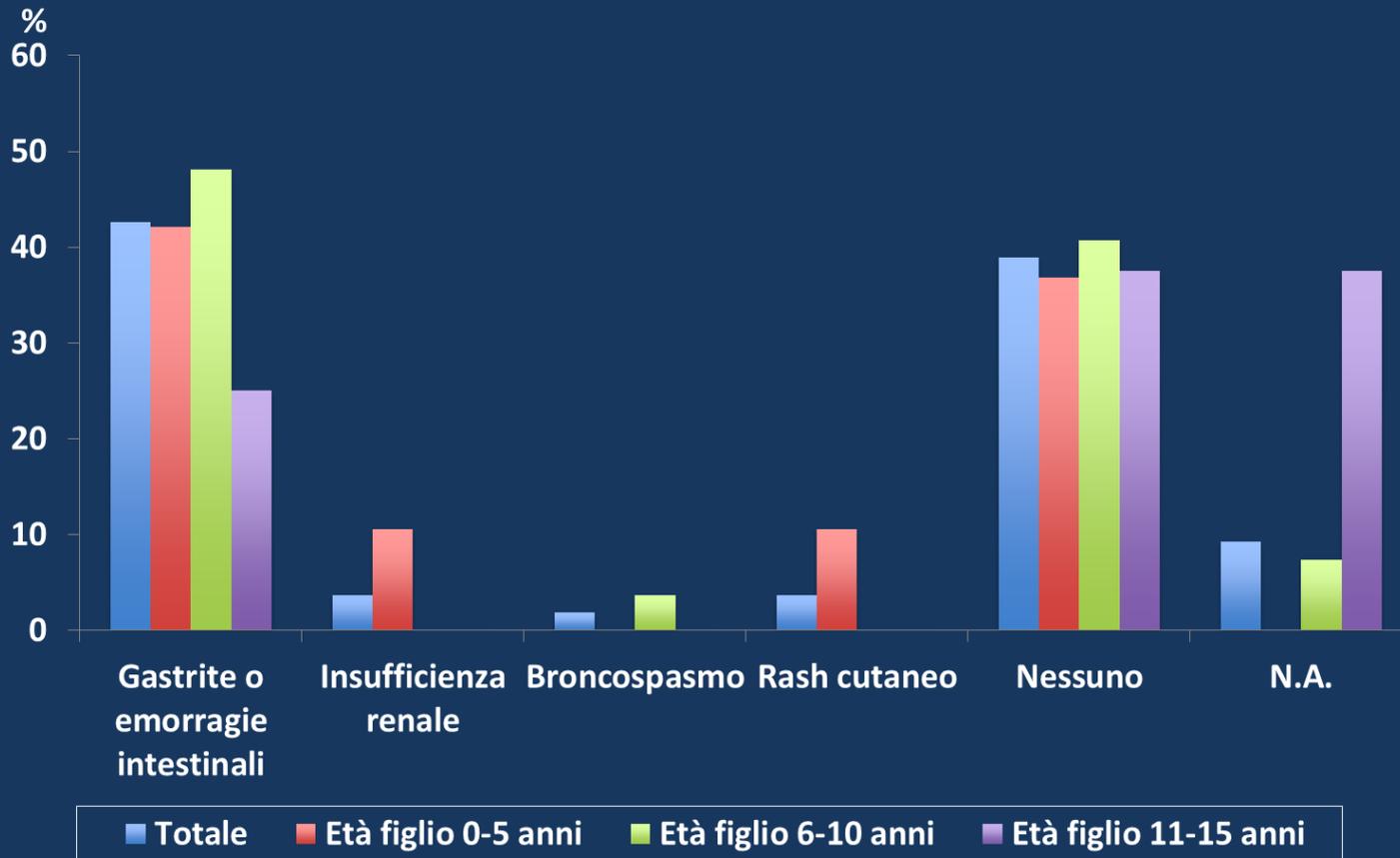
Quale formulazione di Tachipirina preferisce (n=464 genitori)?



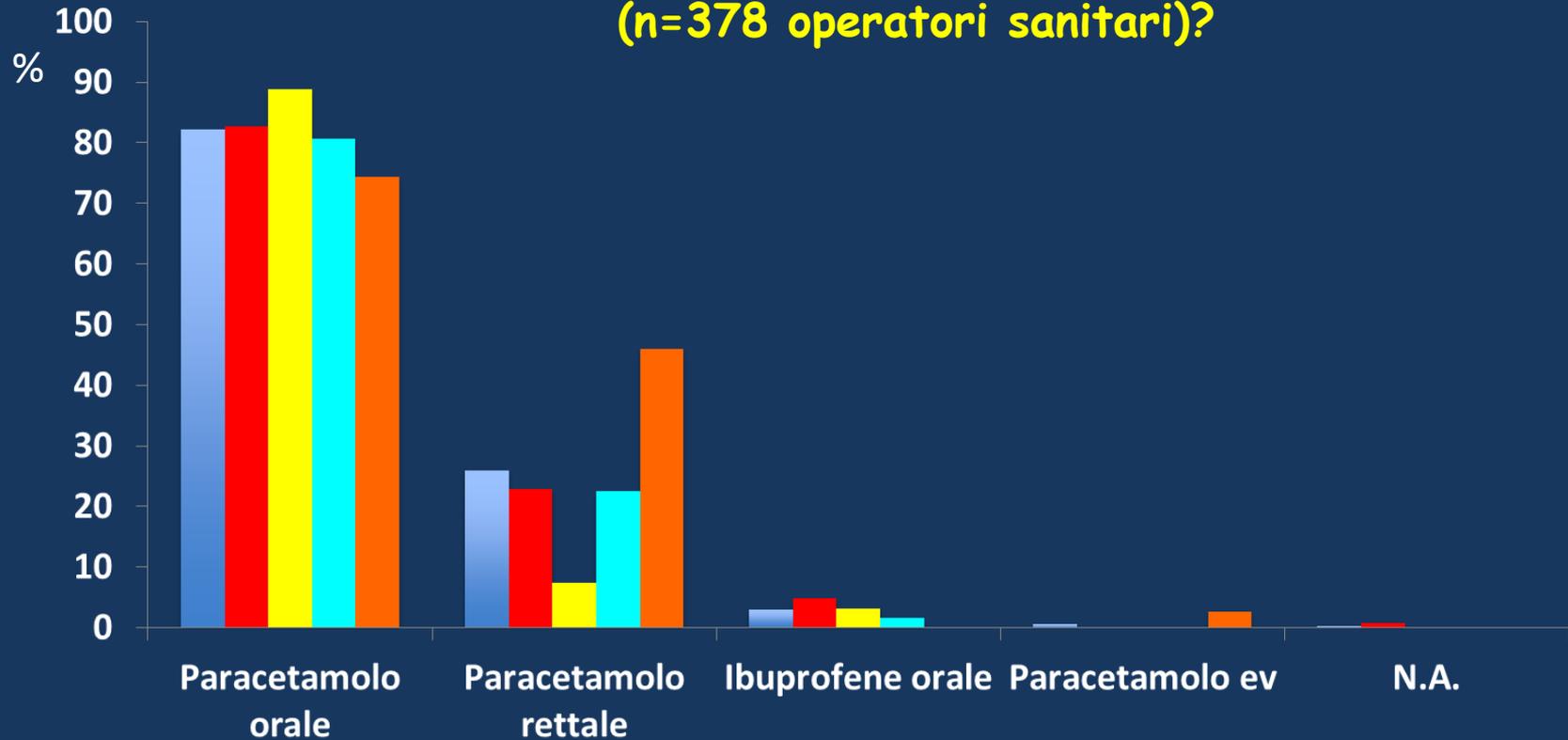
Qual è secondo lei il principale effetto collaterale della Tachipirina (n=464 genitori)?



Qual è secondo lei il principale effetto collaterale del Nurofen (n=464 genitori)?



Qual è l'antipiretico che più spesso somministri (n=378 operatori sanitari)?



■ Totale

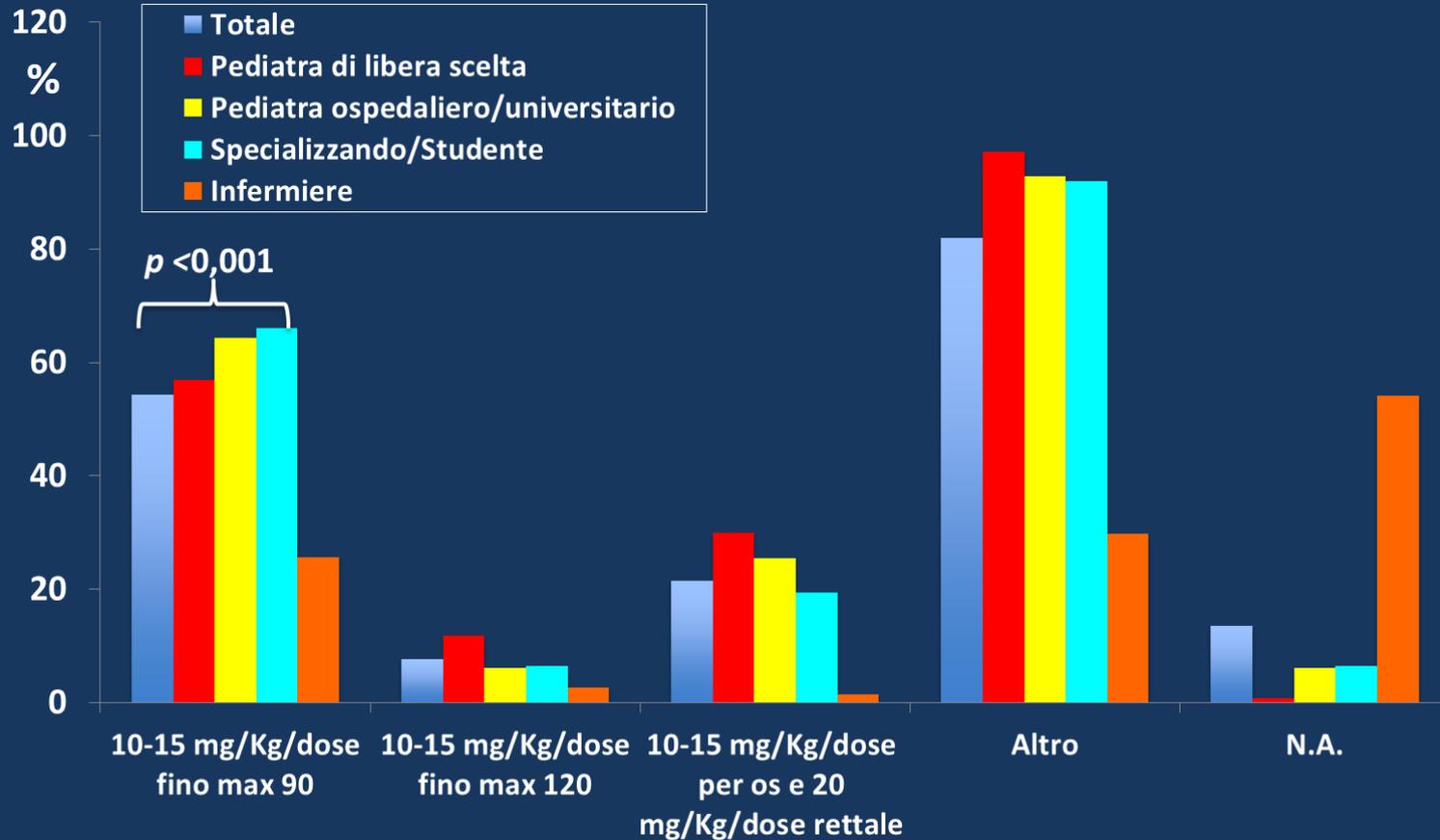
■ Pediatra ospedaliero/universitario

■ Infermiere

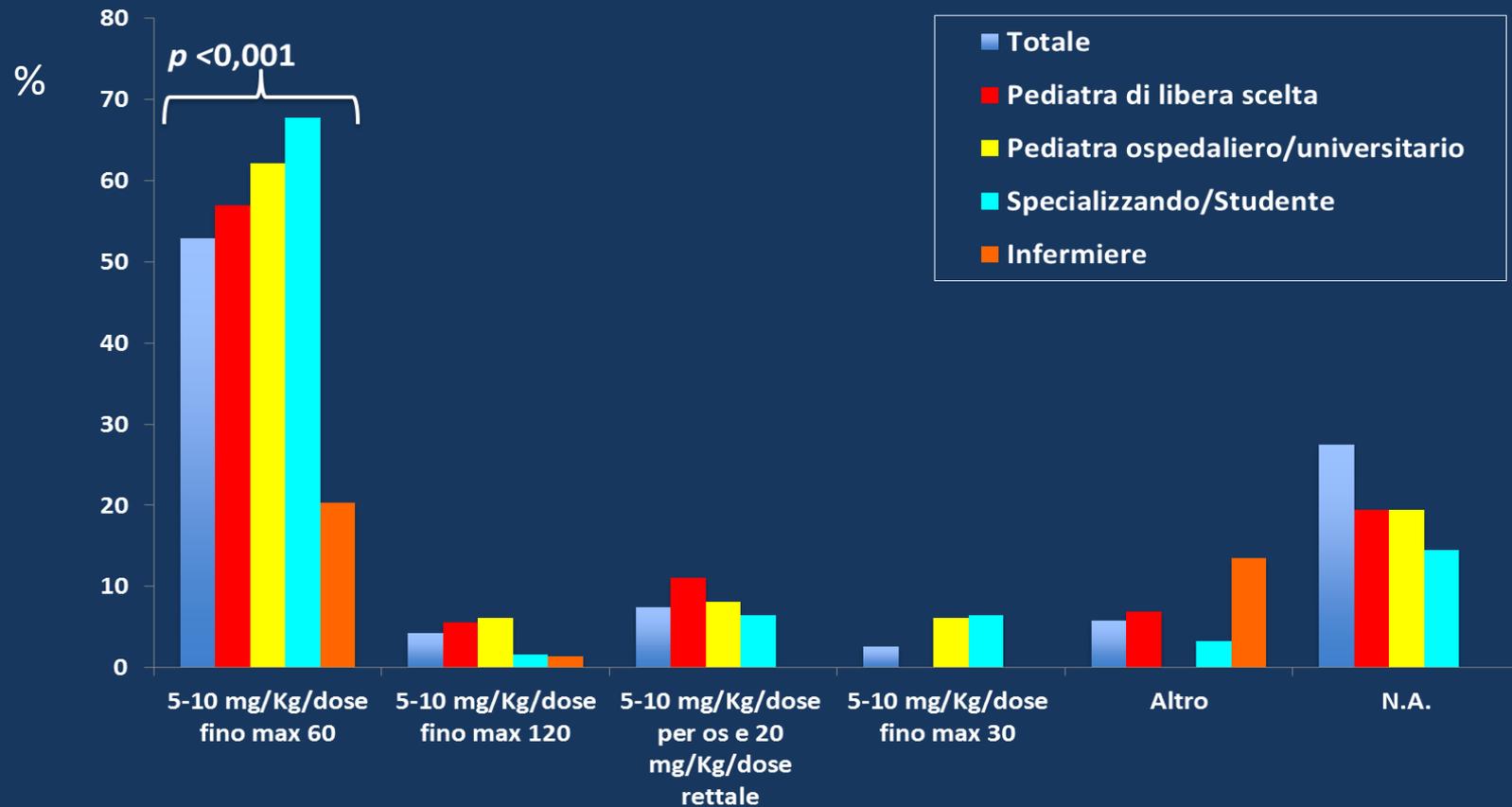
■ Pediatra di libera scelta

■ Specializzando/Studente

Quale dosaggio di paracetamolo utilizzi (n=378 operatori sanitari)?



Quale dosaggio di ibuprofene utilizzati (n=378 operatori sanitari)?



DEFINIZIONE: Cos'è il dolore?

«Una **spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva** associata a **danno** tessutale **reale** o **potenziale** o descritta in termini 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»



...IL BAMBINO SENTE DOLORE

A partire dagli anni 80 è stato sfatato il mito che il bambino non sente dolore

- 1. Nocicezione "competente":** Dalla 23^a settimana di età gestazionale il SNC del bambino è anatomicamente e funzionalmente competente per la trasmissione dell'impulso doloroso
- 2. Maggiore percezione del dolore:** nel bambino fino alle 18 settimane le vie inibitorie discendenti sono meno sviluppate
- 3. Minore controllo endogeno dello stimolo doloroso** (elevate concentrazioni di neurotrasmettitori)

Cenni epidemiologici

- Il problema dolore è parte integrante dell'approccio quotidiano al bambino malato e moltissime delle procedure diagnostico-terapeutiche si accompagnano a dolore e stress e per questo sono temute quanto e più della stessa patologia di base
- Più dell'**80%** dei ricoveri in ambito ospedaliero pediatrico è dovuto a patologie che presentano, fra i vari sintomi, anche dolore
- Anche a livello ambulatoriale **l'incidenza di dolore è elevata:**
 - patologie infettive e/o traumi (94% dei pz presentano anche dolore)
 - Patologie ricorrenti (cefalea e dolore addominale interessano più del 15-25%) dei bambini in età scolare

Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals

Pierpaolo Ferrante¹, Marina Cuttini^{1*}, Tiziana Zangardi², Caterina Tomasello³, Gianni Messi⁴, Nicola Pirozzi³, Valentina Losacco¹, Simone Piga¹, Franca Benini⁵, for the PIPER Study Group

Results: Routine pain assessment both at triage and in the emergency room was carried out only by 26% of surveyed EDs. About one third did not use algometric scales, and almost half (47.4%) did not have local protocols for pain treatment. Only 3 routinely reassessed pain after treatment, and only 2 used EMLA. All EDs allowed parents' presence and most (17, 89.9%) allowed them to stay when painful procedures were carried out. Eleven hospitals (57.9%) allowed parents to hold their child during blood sampling. Pediatric and maternal and child hospitals, those located in the North of Italy, equipped with medico-surgical-traumatological ED and short stay observation, and providing full assessment triage over 24 hours were more likely to report appropriate policies for pain management both at triage and in ER. A nurses to admissions ratio \geq median was associated with better pain management at triage.

Conclusions: Despite availability of national and international guidelines, pediatric pain management is still sub-optimal in Italian emergency departments. Multifaceted strategies including development of local policies, staff educational programs, and parental involvement in pain assessment should be carried out and periodically reinforced.

L'importanza del trattamento precoce

Stimoli dolorosi o prolungati possono indurre un insieme di modificazioni nel sistema nocicettivo che si riassumono nel termine di **plasticità** e che si modificano oltre il tempo di durata dello stimolo stesso.

La plasticità si manifesta con una **riduzione della soglia di attivazione dei nocicettori**, con l' aumento dell' intensità e della durata della risposta degli stimoli nocicettivi e con **alterazioni neuronali anche in assenza di stimolazione**.

Un trattamento antalgico tempestivo, efficace e al giusto dosaggio può contribuire a prevenire lo sviluppo di tali fenomeni.

LA GESTIONE DEL DOLORE



La Misurazione e Valutazione del dolore

E' opportuno scegliere scale:

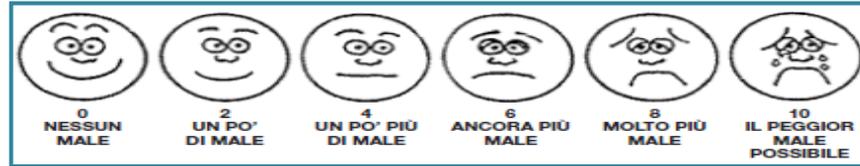
1) VALIDATE

2) SEMPLICI (sia in termini di somministrazione che di comprensione)

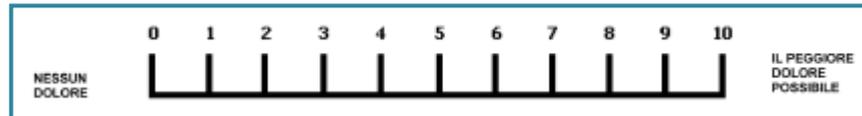
3) APPROPRIATE IN FUNZIONE DELL'ETÀ

Le Scale di misurazione del dolore

- **Neonato, età pre-verbale, sotto i 3 anni: SCALA FLACC**
Vengono valutati 5 parametri: Volto; Gambe; Attività; Pianto; Consolabilità. Ognuno può essere conteggiato da 0 a 2, con un punteggio totale tra 0 e 10.
- **Bambino di età > 3 anni: SCALA WONG-BAKER**
Costituita da sei facce, da quella sorridente corrispondente a “nessun male” a quella che piange, corrispondente a “il peggior male possibile”.



- **Bambino di età > 8 anni: SCALA NUMERICA**
Linea orientata orizzontalmente, i cui estremi sono caratterizzati da “nessun dolore” e “il peggior dolore possibile”.



Il trattamento del dolore in ambito pediatrico



Ministero della Salute

IL DOLORE NEL BAMBINO

Strumenti pratici
di valutazione e terapia

Quando trattare il dolore nel bambino

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.

Il trattamento del dolore in ambito pediatrico

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA



Ministero della Salute

IL DOLORE NEL BAMBINO

Strumenti pratici
di valutazione e terapia

L'efficacia del trattamento antalgico, tuttavia, la si ottiene applicando flessibilmente il principio del "farmaco giusto, alla giusta dose e al momento giusto" a ogni singolo paziente, in altre parole è l'intensità del dolore a far scegliere il gradino della scala (in presenza di un dolore severo, dunque, i primi due gradini si saltano e si inizia direttamente dal terzo).

Il trattamento del dolore in ambito pediatrico

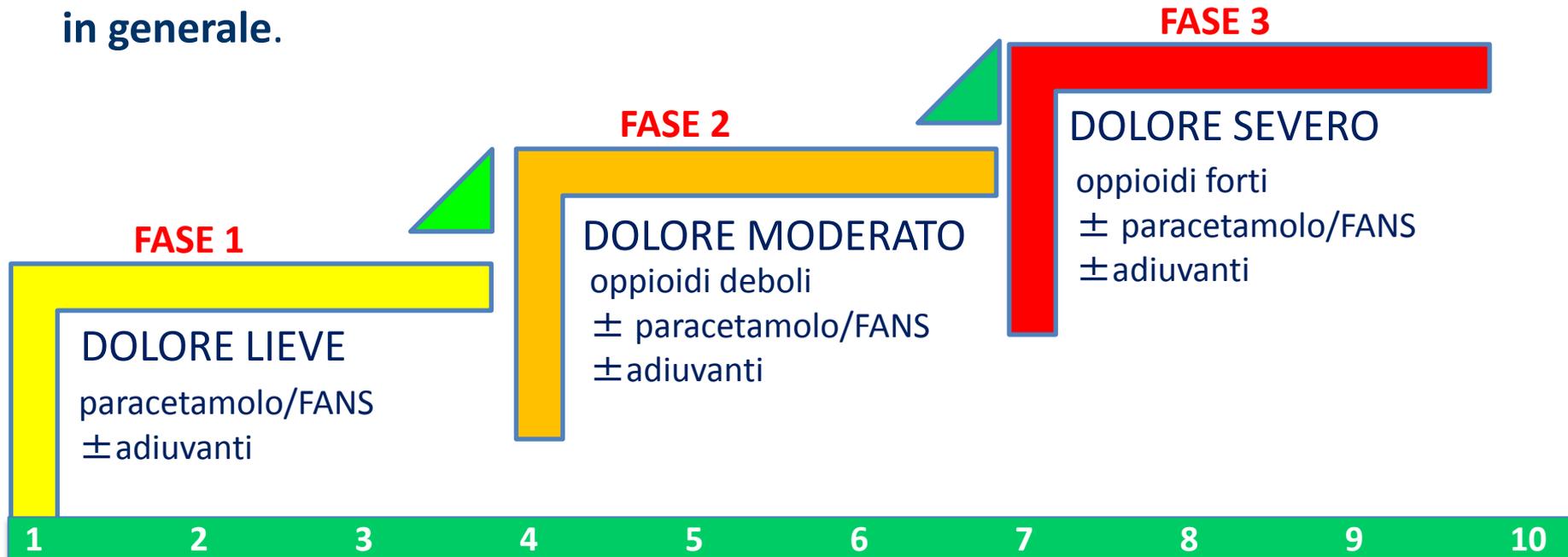
- 1. Terapia eziologica** -> atto a rimuovere le cause di dolore
- 2. Farmacologica** -> farmaci analgesici
- 3. Non Farmacologica** -> terapia psico-comportamentale e fisica

Il trattamento del dolore in ambito pediatrico

- 1. Terapia eziologica** -> atto a rimuovere le cause di dolore
- 2. Farmacologica** -> farmaci analgesici
- 3. Non Farmacologica** -> terapia psico-comportamentale e fisica

Il trattamento farmacologico

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1996 ha proposto una scala di valutazione del dolore, in prima istanza solo per il dolore di tipo oncologico, che è stata poi adottata come linea-guida anche per il trattamento del dolore in generale.



Il trattamento farmacologico



Ministero della Salute

IL DOLORE NEL BAMBINO

Strumenti pratici
di valutazione e terapia

È importante somministrare gli analgesici a orario fisso, in modo da evitare l'insorgenza di "buchi" di dolore. L'intervallo fra le dosi dovrebbe essere determinato in accordo con l'intensità del dolore e la durata dell'effetto analgesico del farmaco utilizzato. La dose al bisogno deve essere prescritta solo dopo avere programmato un piano analgesico, nel caso in cui il bambino dovesse provare dolore durante la giornata nonostante la terapia a intervalli regolari.

Analgesici Non OPPIOIDI

Tabella 5 - 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
Naproxene	os	5-10 mg/kg ogni 8-12 h	20 mg/kg/die

NB: Per eventuali dosaggi ev, os, rettali o sublinguali non presenti in Tabella ed eventuali specifiche su sovradosaggio, vedi il singolo farmaco.

NB: Molti di questi farmaci sono *off-label* per l'età pediatrica.

Analgesici OPPIOIDI

Tabella 7 - Dosaggi consigliati dei principali farmaci oppioidi.

	Tipo	Via	Dose
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
Oppioidi forti	Oxicodone cloridrato	os	0,1-0,2 mg/kg ogni 8-12 h
	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/h (max 5 gamma/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)

>12 anni di età

NB: Per eventuali dosaggi transdermici, transmucosali non presenti in Tabella vedi il singolo farmaco. Vedi anche singoli farmaci per i dosaggi max. ic = intracaveroso.

Le terapie adiuvanti

Tabella 8 - Indicazioni cliniche dei farmaci adiuvanti in pediatria.

Indicazione clinica	Classe di farmaci	Farmaco più usato
Dolore neuropatico	Antidepressivi Anticonvulsivanti	Amitriptilina Gabapentin
Agitazione	Neurolettici	Clorpromazina
Ansia	Benzodiazepine Antistaminici	Midazolam Lorazepan Idroxizina
Nausea - vomito	Antistaminici Neurolettici Corticosteroidi	Idroxizina Clorpromazina Desametasone
Spasmo muscolare	Benzodiazepine	Lorazepan Diazepam
Aumento della pressione intracranica	Corticosteroidi Diuretici	Desametasone Acetazolamide Mannitolo

Il trattamento non farmacologico

L'utilizzo di **strumenti adeguati** per affrontare la condizione dolorosa e il **coinvolgimento genitoriale** sono componenti fondamentali della gestione del dolore e **vanno sempre integrati all'utilizzo del farmaco**



- ❖ Distrazione-coinvolgimento
- ❖ Respirazione e rilassamento
- ❖ Bolle di sapone
- ❖ Visualizzazione
- ❖ Desensibilizzazione (guanto magico)



I farmaci antalgici di riferimento: PARACETAMOLO

IL PARACETAMOLO ESPLICA LA SUA AZIONE ANALGESICA MEDIANTE PIÙ MECCANISMI, A DIVERSI LIVELLI DEL SNC¹

1. Agisce a livello della **via serotoninergica discendente** per la modulazione del dolore
2. Interagisce con il **sistema oppioide endogeno**, a livello spinale e sovraspinale
3. Attiva i **recettori cannabinoidi** di tipo 1 (CB1) tramite un suo metabolita cerebrale: l'AM404 (endo-cannabinoide)

Recent Advances in Pediatric Use of Oral Paracetamol in Fever and Pain Management

Maurizio de Martino · Alberto Chiarugi

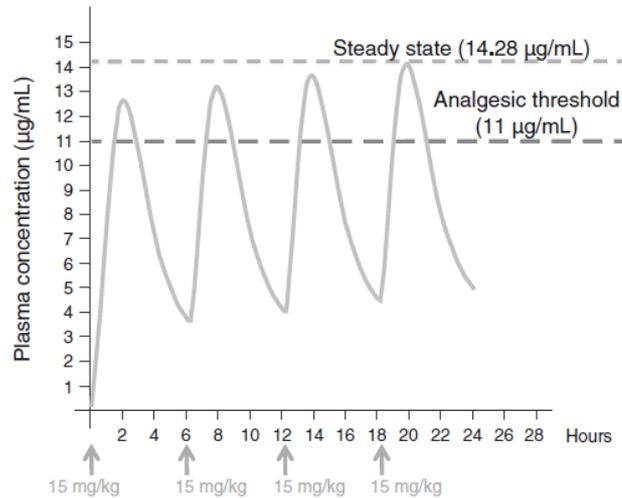


Fig. 2 Time–concentration relationship after multiple paracetamol 15 mg/kg oral doses. Oral paracetamol 15 mg/kg every 6 h (a “by the clock” and not “as needed” treatment regimen) permits rapid achievement of steady-state concentrations well above the analgesic threshold

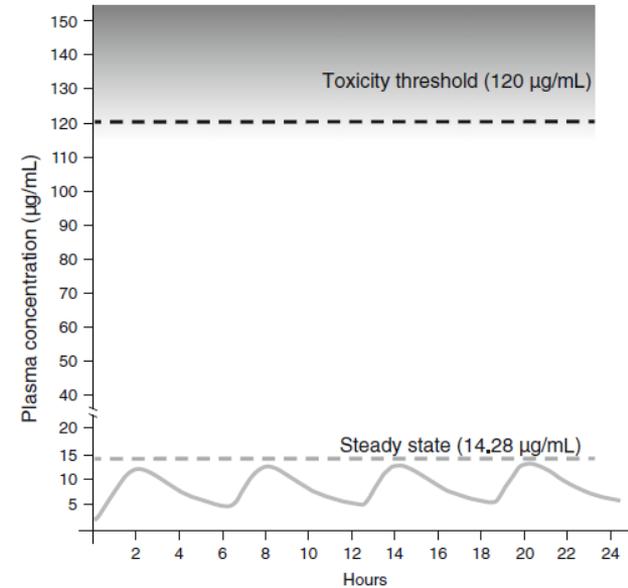


Fig. 3 Time–concentration relationship after multiple paracetamol 15 mg/kg oral doses. Oral paracetamol 15 mg/kg every 6 h allows achievement of analgesic plasma concentrations well beneath (about tenfold) those inducing toxicity

I farmaci antalgici di riferimento: IBUPROFENE

Un inibitore delle COX periferiche

L'ibuprofene è il FANS che viene più comunemente utilizzato in pediatria. È preferibile solo quando necessaria un'azione antinfiammatoria².

L'ibuprofene, in ambito pediatrico, è il farmaco di scelta per la cura delle patologie dolorose con componente infiammatoria (otite, laringite, faringite).

E' però bene ricordare è che occorrono alcuni giorni di terapia con un FANS prima di vedere recedere l'infiammazione.

1. Il dolore nel bambino – Ministero della Salute 2010

2. Appropriatazza terapeutica nella febbre e nel dolore pediatrico. Edit-Symposia – Anno XX – 2012

I farmaci antalgici di riferimento

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA

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**)

DOLORE INFIAMMATORIO

- L'**ibuprofene**, in quanto FANS, è il farmaco di scelta per la cura delle patologie dolorose con componente infiammatoria (**10mg/kg, ogni 8 ore**)

Gestione della Faringotonsillite in Et  Pediatrica

COORDINATORI

- **M. DE MARTINO** (Dipartimento di Scienze per la Salute della Donna e del Bambino, Universit  degli Studi di Firenze, Firenze)
- **N. MANSI** (Struttura Complessa di Otorinolaringoiatria, A.O.R.N. Santobono Pausilipon, Napoli)
- **N. PRINCIPI** (Dipartimento di Scienze Materno-Infantili, Universit  degli Studi di Milano, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano)
- **A. SERRA** (Clinica Otorinolaringoiatrica, Universit  degli Studi di Catania, Catania)-

COORDINATORI DI AREA

Stato dell'arte delle Linee Guida / Etiologia / Diagnosi:

Massimo Landi (Torino), Paola Marchisio (Milano), Giovanni Felisati (Milano)

Prevenzione / Terapia / Complicanze:

Elena Chiappini (Firenze), Susanna Esposito (Milano), Angelo Camaioni (Roma)

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

1. Paolo Becherucci, Pediatra di famiglia, Firenze
2. Luisa Bellussi, Otorinolaringoiatra, Siena
3. Francesca Bonsignori, Pediatra, estraattrice dati, Firenze
4. Angelo Camaioni, Otorinolaringoiatra, Roma
5. Elena Chiappini, Pediatra, Firenze
6. Marina De Gaudio, Medico, Firenze
7. Maurizio de Martino, Pediatra, Firenze
8. Salvatore De Masi, Metodologo della ricerca, Firenze
9. Lorena Di Simone, Farmacista, Firenze

QUESITO N  13.

E' INDICATO IL TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL BAMBINO CON FARINGOTONSILLITE ACUTA E QUALI FARMACI DOVREBBERO ESSERE IMPIEGATI?

RACCOMANDAZIONE N  29

Ibuprofene e paracetamolo sono raccomandati per il trattamento del dolore e della febbre associata a malessere nel bambino con faringotonsillite acuta (I-A).

risultati hanno dimostrato che ibuprofene   efficace come paracetamolo per il trattamento del dolore e della febbre nei bambini con faringotonsillite acuta, senza diversit  significative nella prevalenza di eventi avversi.

Coordinatori:

Paola Marchisio (Milano), Nicola Principi (Milano), Luisa Bellussi (Roma)

Gruppo di lavoro multidisciplinare:

1. Antonio Affinita, rappresentante MOIGE
2. Luisa Bellussi, otorinolaringoiatra, Roma
3. Giorgio Conforti, pediatra di famiglia, Genova
4. Domenico Cuda, otorinolaringoiatra, Piacenza
5. Elio Cunsolo, otorinolaringoiatra, Modena
6. Giancarlo De Vincentiis, otorinolaringoiatra, Roma
7. Mariacristina Diana, pediatra, Genova
8. Giuseppe Di Mauro, pediatra di famiglia, Caserta (presidente SIPPS)
9. Pasquale Di Pietro, pediatra, Genova (presidente SIP)
10. Mattia Doria, pediatra di famiglia, Venezia
11. Elisa Dusi, medico, Milano
12. Giovanni Felisati, otorinolaringoiatra, Milano
13. Filippo Festini, docente di metodologia della ricerca, infermiere, Firenze
14. Elisabetta Genovese, otorinolaringoiatra, Modena
15. Riccardo Longhi, pediatra, referente per le linee guida SIP, Como
16. Nicola Mansi, otorinolaringoiatra, Napoli
17. Paola Marchisio, pediatra, Milano
18. Lorenzo Mariniello, pediatra, Caserta
19. Giuseppe Mele, pediatra di famiglia, Lecce
20. Michele Miraglia del Giudice, pediatra, Napoli
21. Giovanni Muttillo, infermiere, Milano (presidente Collegio IPASVI Milano-Lodi)
22. Carla Navone, pediatra, Pietra Ligure
23. Giuseppe Nicoletti, microbiologo, Catania
24. Andrea Novelli, farmacologo clinico, Firenze
25. Francesco Paravati, pediatra, Crotone
26. Marco Piemonte, otorinolaringoiatra, Udine
27. Lorenzo Pignataro, otorinolaringoiatra, Milano
28. Paolo Pisani, otorinolaringoiatra, Asti
29. Nicola Principi, pediatra, Milano
30. Daniele Radzik, pediatra di famiglia, Treviso
31. Salvatore Renna, pediatra, Genova
32. Francesco Scaglione, farmacologo clinico, Milano
33. Annamaria Speciale, microbiologa, Catania
34. Giovanni Vitali-Rosati, pediatra di famiglia, Firenze

Società Scientifiche e Organizzazioni rappresentate

Società Italiana di Pediatria, Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale, Società Italiana di Medicina Emergenza e Urgenza Pediatrica, Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica, Società Italiana di Infettivologia Pediatrica, Società Italiana di Malattie respiratorie infantili, Federazione Italiana Medici Pediatri, Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche, Società Italiana di Chemioterapia, Società Italiana di Microbiologia, Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale, Società Italiana di Otorinolaringologia Pediatrica, Società Italiana di Scienze Infermieristiche, Collegio Infermieristico IPASVI Milano-Lodi, Associazione dei genitori: MOIGE

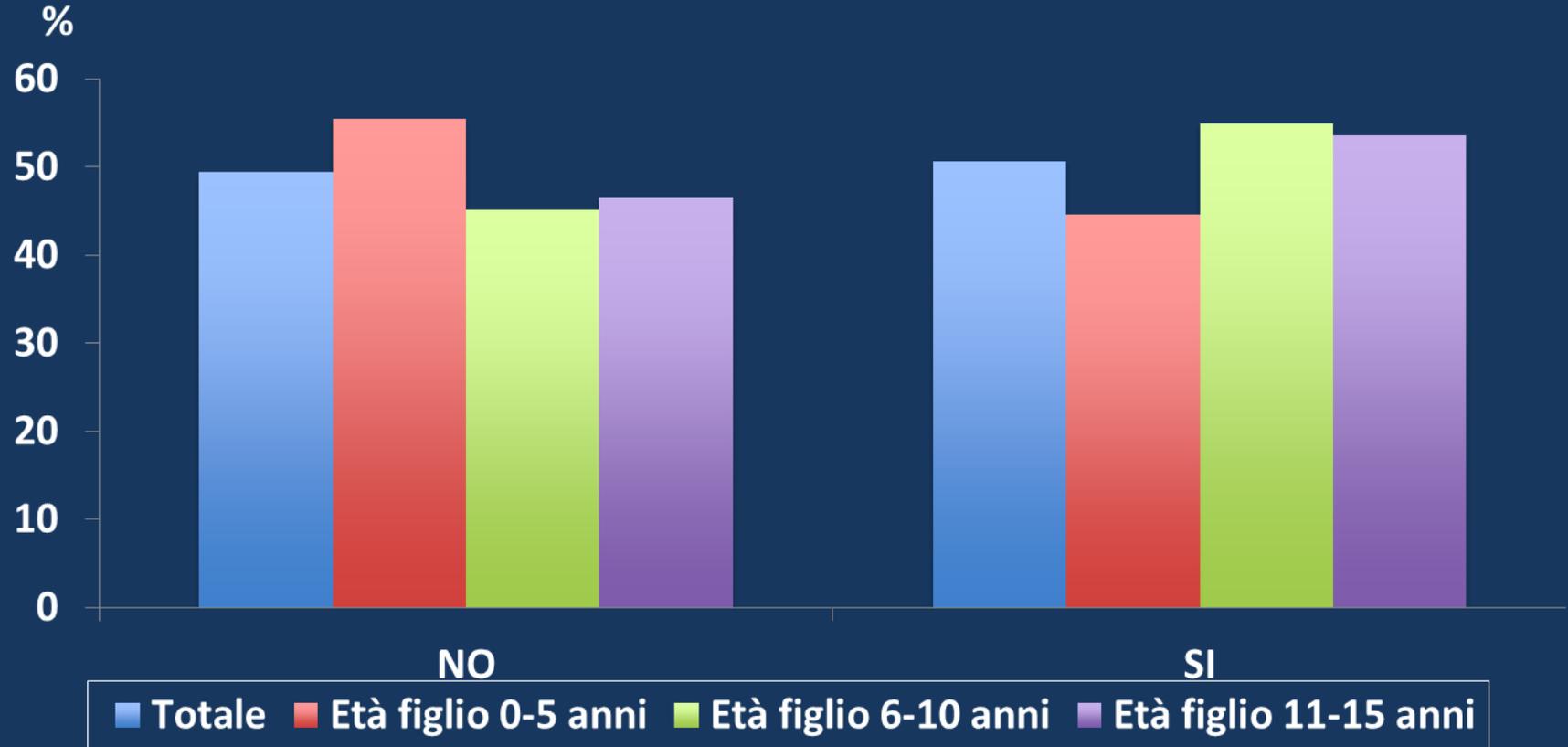
Raccomandazione 15. La gestione terapeutica dell'OMA deve prevedere una valutazione dell'otalgia e la sua cura [I/A]

Raccomandazione 16. Il trattamento cardine dell'otalgia è rappresentato dalla somministrazione di antidolorifici a dosaggio adeguato per via sistemica (paracetamolo o ibuprofene) [I/A]

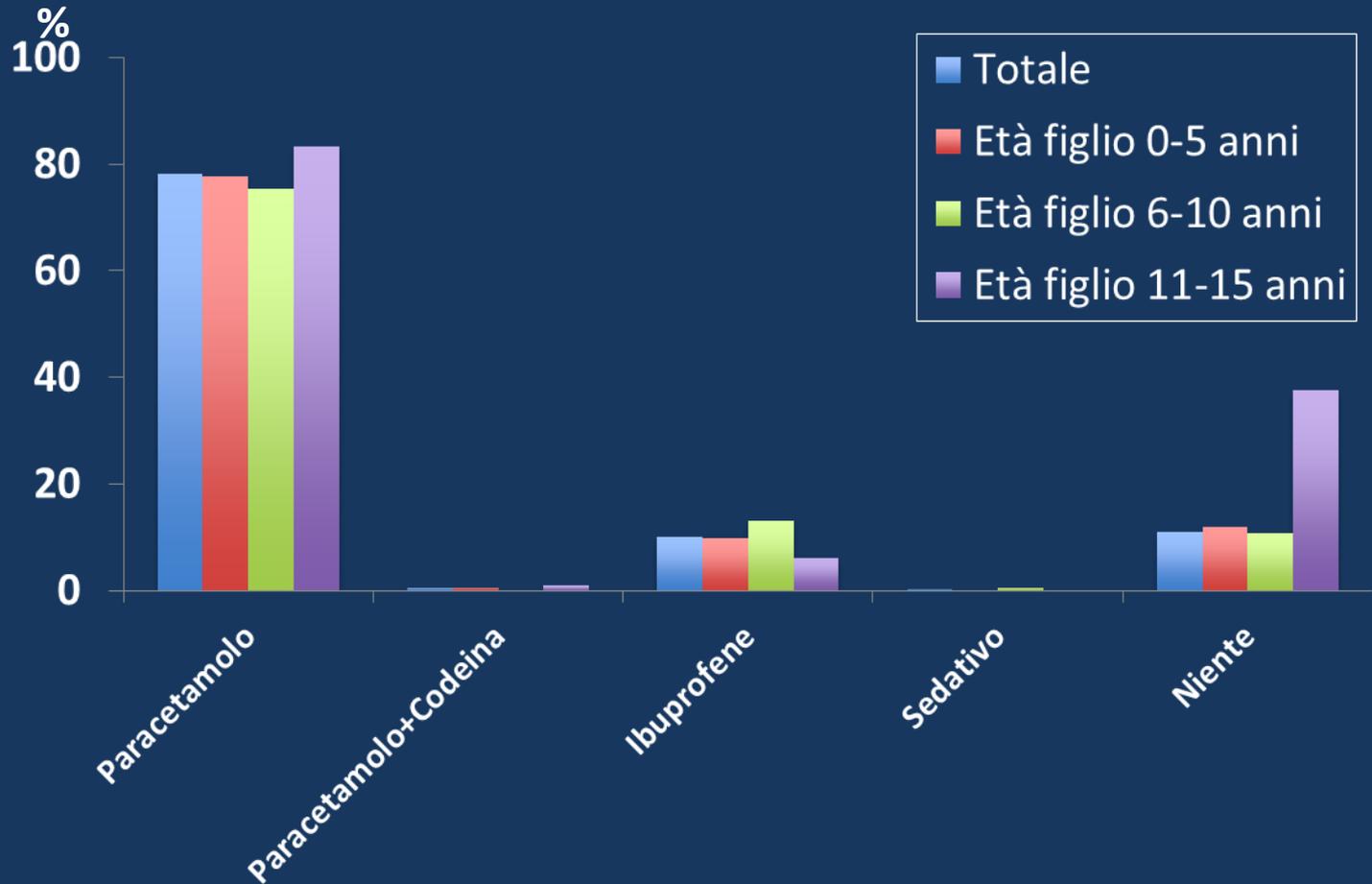
Quesito n° 9. Quale è l'utilità della terapia antibiotica (beneficio atteso in termini di sintomi)?

La revisione sistematica di Sanders (**Sanders 2009**) ha lo scopo di determinare l'utilità della terapia antibiotica nell'OMA, confrontandola con placebo, in termini di riduzione del dolore, della febbre o di entrambi (livello di prova I). Il tempo a cui è considerata l'efficacia è dopo un giorno e dopo (globalmente) 2-7 giorni. Dopo un giorno, non si osserva alcuna riduzione significativa del dolore nei soggetti trattati con antibiotico. Nell'intervallo di tempo che va da 2 a 7 giorni la durata del dolore è inferiore del 38% nel gruppo trattato rispetto al gruppo di controllo (RR 0.72, CI95% 0.70-0.74). Considerando i trials che comparano trattamento immediato e vigile attesa, non si osserva differenza nella durata dell'episodio. Il beneficio atteso dalla terapia antibiotica risulta modesto e pari a un NNT (number needed to treat) di 16.

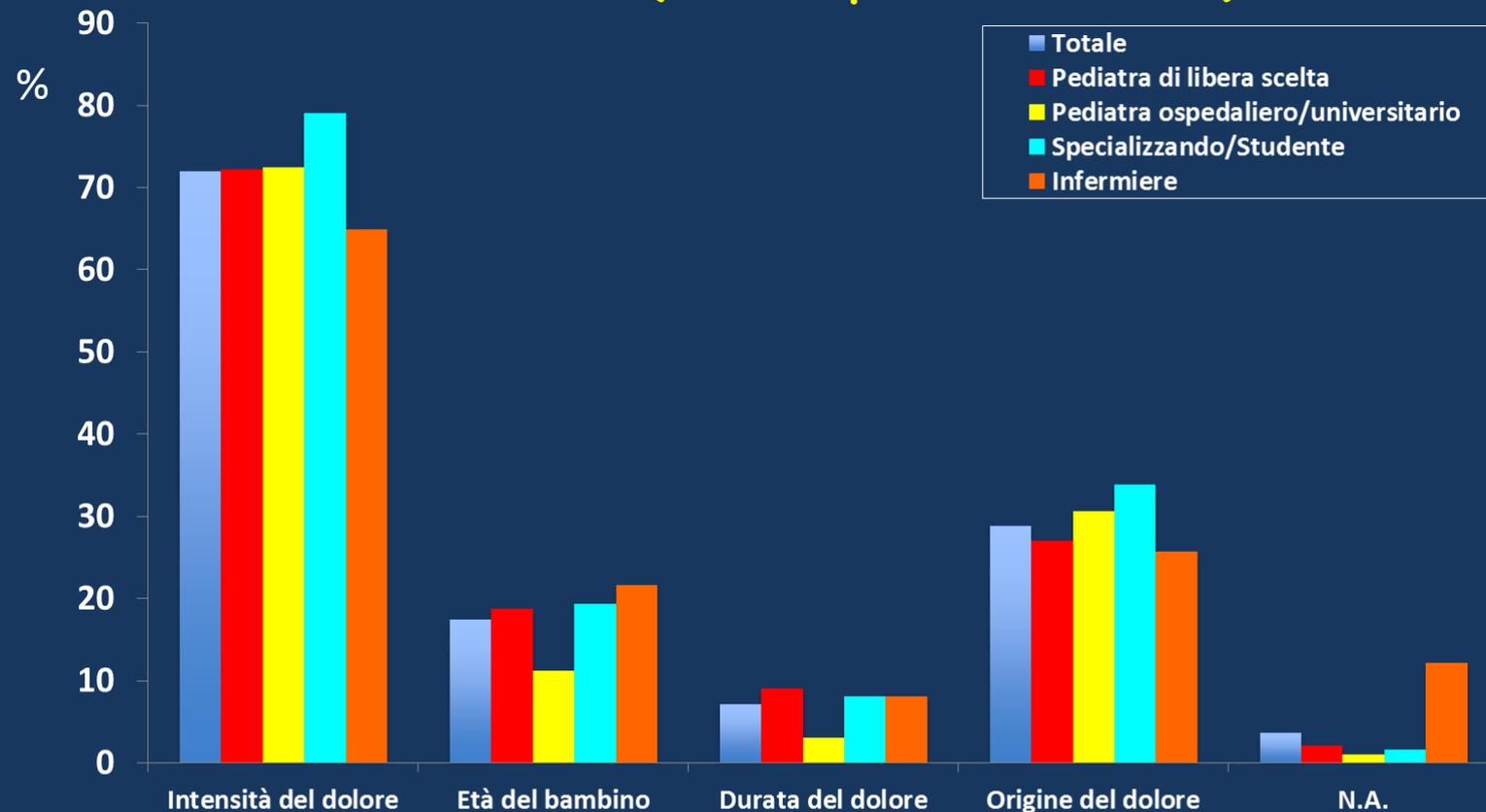
Pensa che il dolore sia uno strumento educativo utile per la crescita di suo figlio e che per questo un dolore anche lieve debba essere sopportato (n=464 genitori)?



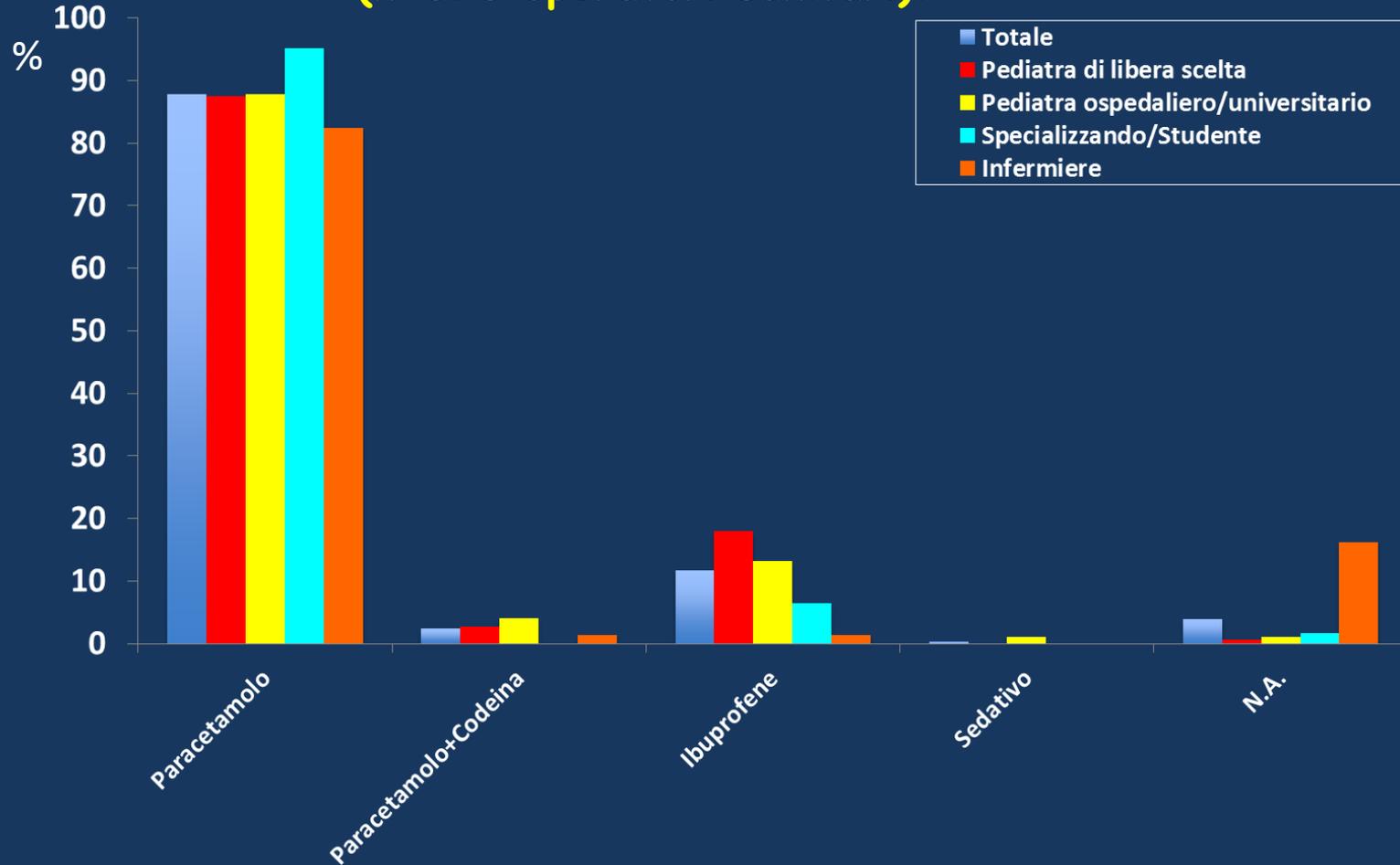
Nel caso di dolore di intensità lieve-media cosa usa (n=464 genitori)?



Da cosa dipende secondo te la scelta della terapia per il dolore (n=378 operatori sanitari)?



Cosa usi per il dolore di lieve-media intensità (n=378 operatori sanitari)?



CONCLUSIONI

- Febbre e dolore sono manifestazioni comunissime in età pediatrica
- I genitori conoscono solo in parte le raccomandazioni presenti sulle linee guida per la gestione della febbre e non hanno compreso l'importanza del trattamento del dolore
- Gli operatori sanitari hanno necessità di una formazione aggiornata sulla dose e la via di somministrazione raccomandata di antipiretici e antidolorifici



**POLICLINICO PEDIATRICO
DI MILANO**

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE!!!**