

KERNAUSSAGEN

Österreichischer Konsensus zur perioperativen Schmerztherapie im Kindesalter

Allgemein

- Die wesentlichen Prinzipien der perioperativen Schmerzdiagnostik und -therapie bei Erwachsenen gelten auch im Kindesalter (S3 – A*).

Physiologische Grundlagen

- Selbst kleinste Frühgeborene reagieren nach der Geburt auf nozizeptive Reize und haben die Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden.
- In der frühen Entwicklungsphase reagieren Kinder schon auf geringe Reizstärken mit einer eher generalisierten Schmerzantwort (ANZCA).
- Vor allem rezidivierende Schmerzreize können besonders in der Entwicklungsphase des Nervensystems negative Langzeitauswirkungen haben.

Organisation

- Übergeordnete Rahmenvereinbarungen zur Durchführung der perioperativen und posttraumatischen Schmerztherapie müssen interdisziplinär erarbeitet, klar definiert und schriftlich festgelegt werden. GoR A*.
- Die perioperative Schmerztherapie beginnt mit der altersspezifischen Aufklärung und richtet sich an den Patienten und seine Eltern bzw. seine Bezugspersonen (S3-A*).

Off Label Use

- Off Label Use ist basierend auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und klinischer Erfahrung zulässig. Dies erfordert jedoch eine explizite Aufklärung und Einwilligung der Jugendlichen, der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten darüber. Die gesetzliche Grundlage dazu bietet der § 8 Abs 1 Z 2 AMG.

Schmerzerfassung

- Schmerzerfassung und Dokumentation sind wichtige Komponenten des Schmerzmanagements bei Kindern.
- Instrumente zur Schmerzerfassung müssen je nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder gewählt und erklärt werden. Die Schmerzerfassung durch ein geschultes Personal hat regelmäßig zu erfolgen.
- Nach Maßgabe Ihrer Möglichkeiten sollten Kinder Ihre Schmerzen selbst einschätzen.

Dokumentation

- Die zeitnahe, für alle beteiligten Berufsgruppen einsehbare Aufzeichnung erhobener Schmerzwerte, sowie die Dokumentation aller schmerztherapeutischen Maßnahmen sind unerlässlich. Gleiches gilt für die im Rahmen der Behandlung auftretenden Nebenwirkungen bzw. Begleiterscheinungen.

Entlassung

- Der entlassende Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die unmittelbar notwendige Schmerzversorgung gesichert ist.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

- Voraussetzung jeder suffizienten Schmerztherapie sind Zuwendung, Vermittlung von Geborgenheit, Ablenkung und Schaffen einer kindergerechten Umgebung.
- Facilitated Tucking, nichtnutritives Saugen, Stillen, multisensorische Stimulation, Kängurupflege reduzieren die Schmerzäußerungen und die physiologische Schmerzantwort bei Früh- und Neugeborenen bei leichten schmerzhaften Maßnahmen.
- Physikalische, physiotherapeutische und psychologische Interventionen reduzieren bei Kindern die Schmerzempfindung.
- Die prä- und postoperative Flüssigkeits- und Nahrungskarenz sollte auf ein Minimum beschränkt werden.

Allgemeine medikamentöse Therapieempfehlungen

- Orale Zuckerstoffe, z.B. 33%-ige Glukose, reduzieren die Schmerzäußerungen und die physiologische Schmerzantwort bei Früh- und Neugeborenen bei leichten schmerzhaften Maßnahmen.
- Jenseits der Neugeborenenperiode sollen topische Analgetika vor Punktionen und Kanülierungen verwendet werden. Bei Früh- und Neugeborenen sind die entsprechenden Indikationen bzw. Kontraindikationen topischer Analgetika zu beachten.
- In der systemischen Schmerztherapie stellen die Nichtopioiden die Basis dar, welche nach einem vorgegebenen Zeitschema zu verabreichen sind. Bei bestehender oder zu erwartender unzureichender Analgesie sollen sie durch Opioide ergänzt werden, deren Dosis nach Wirkung bzw. Nebenwirkung zu titrieren ist.
- Bei akuten Schmerzen ist die intravenöse Applikation zu bevorzugen.
- Eine intramuskuläre und subkutane Verabreichung von Medikamenten ist abzulehnen.

Paracetamol

- Eine kausale Beziehung zwischen der frühkindlichen Einnahme von Paracetamol und dem Auftreten von Asthma bronchiale wird in der Literatur derzeit widersprüchlich diskutiert.
- Ein unkritischer Einsatz von Paracetamol ist daher zu vermeiden.
- Für eine sichere Dosierung von Paracetamol müssen Alter, Körpergewicht, Dauer der Therapie, Tageshöchstdosis und Dosierungsintervalle berücksichtigt werden.
- Bei versehentlicher Überdosierung muss mit hepatotoxischen Nebenwirkungen gerechnet werden, welche potenziell letal sein können.
- Da die Resorption nach rektaler Gabe äußerst variabel ist, ist die intravenöse Gabe zu bevorzugen.

Metamizol

- Eine Ablehnung vom Einsatz von Metamizol bei Kindern ist basierend auf der aktuellen Literatur nicht begründbar!

NSAR

- Bei entzündungsbedingten Schmerzen und schmerzhaften Weichteilödemen sind NSAR indiziert.
- Unter Beachtung der Kontraindikationen ist der kurzfristige Einsatz von NSAR als sicher zu betrachten.
- Aufgrund der klinischen Erfahrung und der aktuellen Studienlage ist in der frühen postoperativen Phase der intravenöse Einsatz von NSAR möglich. Der frühzeitige Wechsel auf orale Medikation wird empfohlen.

OPIOIDE

- Bei unzureichender Analgesie durch Nichtopioidanalgetika werden Opioide bei allen Altersgruppen ergänzend eingesetzt.
- Die Gabe der Opioide hat titrierend zu erfolgen, Dosis und Intervall orientieren sich an Alter und Wirkung. Voraussetzung dafür sind klar definiertes Dosisregime und Nebenwirkungsmanagement, standardisierte Überwachung, und geschultes Personal.
- Auch bei Kindern kann bei entsprechenden strukturellen Voraussetzung die patientenkontrollierte Analgesie eingesetzt werden

REGIONALANÄSTHESIE

- Wann immer möglich, soll bei Kindern ein regionalanästhesiologisches Verfahren eingesetzt werden.
- Rückenmarksnahe Verfahren und periphere Nervenblockaden werden im Kindesalter in der Regel unter Allgemeinanästhesie durchgeführt.
- Es wird empfohlen periphere Blockaden ultraschallgezielt durchzuführen.

ERGEBNISQUALITÄT

- Die Ergebnisqualität muss regelmäßig patientenorientiert erhoben werden. Das einzige derzeit verfügbare Instrument ist QUIPS infant, das sich derzeit in Validierung befindet.