

F. Goded Rambaud

An Esp Pediatr 1997;46:320-321.

Dolor en el niño, un problema aún pendiente

Uno de los objetivos universalmente reconocidos de la medicina es el alivio del sufrimiento. El dolor físico constituye una de las causas más importantes de sufrimiento, sobre todo cuando éste es crónico⁽¹⁾.

El tratamiento del dolor en el paciente adulto, a pesar de haberse avanzado enormemente, aún resulta un problema insuficientemente resuelto. Todavía siguen existiendo prejuicios y resistencias a la hora de emplear morfínicos, y los recursos existentes no siempre están al alcance de todos los pacientes que los necesitan, bien por ignorancia del propio paciente o bien por no disponer de una unidad del dolor fácilmente accesible en su área.

Sin embargo, en el paciente pediátrico la problemática de la inadecuación de la asistencia es mucho más aguda y presenta implicaciones que pueden tener importancia a largo plazo^(2,3). Todavía persisten falsas opiniones, como la negación de la existencia de dolor en los niños. Además, y desgraciadamente, cuando el dolor es identificado y tratado, en ocasiones no lo es correctamente, bien por prescribirse fármacos de insuficiente potencia y/o por emplearse dosis inadecuadas. Hoy en día se sabe que los niños son capaces de percibir el dolor desde el período neonatal. La supuesta inmadurez neurológica para percibirlo, que antes se aducía como argumento para negarlo, no existe⁽⁴⁾. Es más, la inmadurez neurológica de los neonatos puede ser causa de que la percepción nociceptiva sea anormalmente procesada, conduciendo, paradójicamente, a un estado de hipersensibilidad frente al dolor⁽⁵⁾. Para empeorar las cosas, parece que la falta de analgesia durante el período neonatal puede transformar al individuo en un sujeto más sensible al dolor, o por lo menos, a los procedimientos médicos, en períodos posteriores de la vida⁽⁶⁾.

La problemática del manejo del dolor en el niño es bastante más complicada que en el caso del paciente adulto. En ello influyen las peculiaridades intrínsecas de la comunicación de la edad pediátrica, especialmente en el período preverbal y primera infancia. En esta edad, incluso es difícil apreciar la existencia de dolor porque se expresa a través de síntomas tan inespecíficos como el llanto, (expresión de varios sufrimientos diferentes como, hambre, ansiedad o miedo frente a un ambiente desconocido, etc.)

Asumiendo que es universalmente aceptado y reconocido que el niño puede padecer dolor, su cuantificación, como tarea específica se presenta complicada y difícil⁽⁷⁾, a pesar de disponer de escalas expresamente pensadas para medir el dolor⁽⁸⁾.

Aún no se dispone de una escala de valoración del dolor fiable para los niños preverbales⁽⁹⁾. Pero a falta de mejor instrumento de valoración y medición, las escalas conductuales, son las más frecuentemente empleadas hoy en día. Están basadas en las expresiones corporales (como la expresión de la cara o los movimientos corporales), pero presentan el inconveniente de que la codificación de los movimientos corporales y de las posturas en los niños pequeños es demasiado inespecífica⁽¹⁰⁾.

Detectar la presencia de dolor en el niño es casi tan difícil como identificar correctamente su origen (dolor somático, visceral, neurogénico, etc.). Asimismo, cuantificar la intensidad de una sensación de algo tan subjetivo como es el dolor, resultado tanto más ambiguo cuanto menor sea la edad y, por tanto, la capacidad de comunicación.

Aunque existen escalas de muy diversa complejidad para evaluar la intensidad del dolor en el niño^(7,9), todas requieren un cierto entrenamiento y hábito en su manejo. Sería especialmente útil implantar las más sencillas entre el personal al cuidado de pacientes en situación vulnerable, como son los oncológicos y postoperatorios, entre otros.

Por otra parte, mientras que se ha hecho un gran esfuerzo por mejorar las condiciones de hospitalización del paciente pediátrico (se cuida cada vez más el confort de su estancia en el hospital y se procura evitar su separación de los padres), un aspecto tan importante como el tratamiento del dolor se encuentra aún retrasado respecto a las otras mejoras ya consolidadas.

Haciendo un breve repaso, desde el punto de vista del tratamiento del dolor, en la asistencia del niño enfermo, se pueden encontrar muchas lagunas en este aspecto. Cuanto más larga es la duración de la enfermedad del niño, tanto más dramática puede llegar a ser esta laguna⁽¹¹⁾. Por ejemplo, es muy infrecuente que se empleen las cremas analgésicas, hoy disponibles en el mercado para las extracciones o en las punciones lumbares. Tampoco se usa la sedación consciente y es excepcional la utilización de anestesia superficial (anestesia inhalatoria o anestesia superficial IV) en los procedimientos invasivos y en las curas⁽¹³⁾. Como ejemplo dramático de esta falta de asistencia se constata que en algunos grandes hospitales de nuestro país, se hacen las curas en los niños quemados sin ningún tipo de analgesia, ni siquiera se-

Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil «La Paz». Madrid.
Correspondencia: Federico Goded Rambaud. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil «La Paz». Pº de La Castellana, 261. 28046 Madrid

dación, mientras que en el mismo hospital, resultaría impensable este mismo tipo de asistencia con pacientes adultos.

Algunas de las razones por las cuales la analgesia al niño va tan retrasada respecto a la de los adultos son comprensibles. En este sentido, ya se han comentado las dificultades de comunicación, identificación y cuantificación del dolor en el niño. También es comprensible una actitud prudente a la hora de medicar a un niño, pero la problemática principal parece radicar un retraso en la formación del tratamiento del dolor en pediatría. Como en toda asistencia especializada, hay aspectos del tratamiento del dolor que requieren formación muy cualificada, a lo que hay que sumar que el niño requiere más dedicación y paciencia que el adulto.

La asistencia del dolor en algunos grupos de pacientes requiere un abordaje desde una perspectiva amplia y prolongada a lo largo del tiempo; por ejemplo, el paciente oncológico presenta una elevada cronicidad y complejidad, tiene grandes posibilidades de sufrir múltiples procedimientos invasivos durante el control y tratamiento de su proceso, (la enfermedad y el propio tratamiento pueden por sí mismos causar dolor). También tiene vertientes psicológicas y repercusiones familiares importantes. Por tanto, el dolor oncológico presenta una complejidad tan grande, que desborda las posibilidades asistenciales de cualquier servicio de oncología, a pesar de la gran sensibilidad que a este respecto suelen tener estos servicios. Éste podría ser el ejemplo más claro en donde una asistencia analgésica especializada se hace más necesaria.

Una manera útil para enfocar la solución de este problema, podría ser la implantación de protocolos de analgesia desarrollados por el propio hospital^(12,13). Al mismo tiempo se debería promocionar, dentro de la clínica diaria, la utilización de escalas para la medición del dolor, sencillas de manejar y basadas en cambios de la conducta ante el dolor^(7,9,14,15), que proporcionen información básica y adecuada para su interpretación y medición.

Gracias a los avances actuales, se dispone de un conjunto de dispositivos (bombas para la analgesia controladas por el paciente, dispositivos para el suministro de NO), técnicas (anestesia locorregional)⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, y medicaciones que permiten resolver eficazmente la mayoría de las situaciones clínicas de dolor en el campo pediátrico.

En resumen, algunas iniciativas, de bajo coste pero de gran impacto, mejorarían notablemente la asistencia del dolor en los hospitales pediátricos (y de su área). El primer paso, desde luego, es continuar concienciando a los pediatras, cirujanos infantiles y personal de enfermería, en el sentido de que la problemática del dolor en el niño sigue estando muy lejos de haberse resuelto. Si se consigue que los profesionales estén alerta sobre este problema se habrá dado el gran paso para su solución. Otra solución práctica y básica, podría ser el establecer la utilización rutinaria de escalas sencillas para la medición del dolor en las gráficas de enfermería de aquellas unidades con pacientes vulnerables al dolor, como oncología, servicios de reanimación y UVI, así como las áreas de cirugía general y de quemados. Otro avance muy útil consistiría en la difusión e implantación de pautas para el tratamiento del dolor elaboradas por el propio hospital.

Todo ello se vería enormemente potenciado con la creación de unidades específicas para el tratamiento del dolor infantil, unidades pediátricas del dolor, responsables de la elaboración de las pautas, labor docente, concienciación dentro de la institución correspondiente y del seguimiento y tratamiento de los casos en que sea requerida una asistencia más especializada.

El niño es un ser que no puede por sí solo explicar sus necesidades y que está desvalido para defender sus derechos. Por ello, y aunque se ha avanzado mucho en el reconocimiento de esta problemática en la infancia, aún falta mucho por hacer, sobre todo en España, máxime cuando se nos compara con otros países de nuestra órbita occidental.

Bibliografía

- 1 Kain ZN, Rimar S. Management of chronic pain in children. *Pediatr Riv* 1995; **16**:218-222.
- 2 Mather L, Macke J. The incidence of post-operative pain in children. *Pain* 1983; **15**:271-82.
- 3 Broome ME, Richtmeier A, Maikler V, Alexander M. Pediatric practices: a national survey of health professionals. *J Pain Symptom Manage* 1996; **11**:312-320.
- 4 Anand KJS, Hickey RR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; **317**:1321-9.
- 5 Andrews K, Fitzgerald M. The cutaneous withdrawal reflex in human neonates: sensitisation, receptive fields, and the effects of contralateral stimulation. *Pain* 1994; **56**:95-102.
- 6 Taddio A, Goldback M, Stevens B, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccinations in boys. *Lancet* 1995; **334**:291-2.
- 7 Vargas-Schaffer G, Pichard-Leandri E. Evaluación, diagnóstico y tratamiento del dolor en pediatría. *Rev Soc Esp Dolor* 1996; **3**:253-261.
- 8 Porter F. Pain assessment in children; infants. En: Schechter N, Barde C, Yaster M (eds). *Pain Infants, Children and Adolescents*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1993;87-96.
- 9 McGrath P. An assessment of children's pain: A review of behavioural, physiological and direct scaling techniques. *Pain* 1987; **31**:147-76.
- 10 Granau R, Craig K. Pain expressions in neonates; facial action and cry. *Pain* 1987; **28**:395-410.
- 11 Jylli O, Olsson GL. Procedural pain in a paediatric surgical emergency unit. *Acta Paediatr* 1995; **84**:1403-8.
- 12 Morton N. Development of a monitoring protocol for the safe use of opioids in children. *Paediatric Anaesthesia* 1993; **3**:179-84.
- 13 Lloyd-Thomas A, Howard R. A pain service for children. *Paediatric Anaesthesia* 1994; **4**:3-15.
- 14 Lloyd-Thomas A. Assessment and control of pain in children. *Anaesthesia* 1995; **50**:753-755.
- 15 Stein PR. Indices of Pain intensity: construct validity among preschoolers. *Pediatr Nurs* 1995; **21**:119-23.
- 16 Saint-Maurice C, Schulte O. Regional anaesthesia in children. Fribourg: Medi Globe, 1990.
- 17 Schechter N, Barde C, Yaster M. *Pain Infants, Children and Adolescents*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1993;87-96.
- 18 Goded F, Ruza F. Tratamiento del Dolor en el Niño. En: Estudio y Tratamiento del Dolor, Agudo y Crónico. Muriel C, Madrid JL. Madrid: ELA, 2ª edición. 1995;611-623.