

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
ESCUELA DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL DEL NIÑO@ MANUEL ASCENCIO VILLARROEL

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN NIÑOS

TRABAJO DE GRADO

Autor: Dra. Daisy Guevara Campos
Residente de Tercer Año
Pediatria

Tutor: Dra. Marlene Anaya Domínguez
Cirujano Pediatra HN@MAV

Cochabamba Marzo, 2008

II. TABLA DE CONTENIDOS

	PAG
I. RESUMEN	3
II. TABLA DE CONTENIDOS	4
III. INTRODUCCION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. MARCO TEORICO	7
VI. HIPOTESIS	23
VII. METODOLOGIA	23
VIII. RESULTADOS	26
IX. DISCUSION	35
X. CONCLUSIONES	38
VIII. RECOMENDACIONES	39
IX. ANEXOS	40
X. BIBLIOGRAFIA	51

III. INTRODUCCIÓN

La definición hecha por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) establece que el dolor siempre es subjetivo y se aprende a través de experiencias relacionadas con lesiones en la vida temprana. Esta definición es insuficiente cuando se considera a los niños que son incapaces de hablar de su dolor y pueden no haber tenido experiencias previas de lesiones.

Algunos autores proponen que la percepción del dolor es una cualidad inherente de la vida, que aparece temprano en el desarrollo y sirve como un sistema de señales de daño del tejido.

Esta señalización incluye respuestas de conducta y fisiológicas que son indicadores válidos de dolor y que los demás pueden deducir. Al ampliar la definición de dolor para incluir indicadores de comportamiento y fisiológicos, además del autoinforme, es posible beneficiar a los individuos en etapa preverbal o no verbal alterados cognoscitivamente que experimenten dolor.

La definición hecha por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor-IASP se debe ampliar cuando se considera el dolor en los niños, para incluir indicadores de u y fisiológicos, porque muchos no pueden verbalizar su dolor. Se ha demostrado que las estructuras anatómicas necesarias para la percepción del dolor son funcionales en el segundo trimestre del embarazo, pero hay diferencias en la transmisión y modulación del dolor cuando se comparan con los adultos. La evaluación del dolor en los niños se hace a través de técnicas de auto-informe, de observación en el comportamiento y de medidas fisiológicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con esta revisión se pretende dar suficientes razones biológicas, fisiológicas y psicológicas para que el personal de salud considere de vital importancia la evaluación y el control del dolor en los niños, no importa la etapa de desarrollo en que se encuentren.

Razones que justifican la necesidad de una medida correcta del dolor pediátrico, son la cuantificación del dolor podría evidenciar su presencia en situaciones en las que ahora se desconocen, facilitar un diagnóstico médico preciso y determinar la eficacia de las intervenciones terapéuticas destinadas a aliviarlo, entre otras posibilidades podría mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio, establecer las variables que pueden empeorar o aliviar el dolor en cualquier situación clínica e investigar indirectamente su fisiología en determinados grupos de edad, como los recién nacidos en el fondo de ello se encuentra la dificultad de evaluar de una forma rigurosa y científica una experiencia emocional y sensorial como es el dolor. En el fondo de ello se encuentra la dificultad de evaluar de una forma rigurosa y científica una experiencia emocional y sensorial como es el dolor.

El dolor es una experiencia subjetiva que los humanos aprendemos por nosotros mismos en una edad temprana de la vida, estudios han demostrado que la persistencia del estímulo nociceptivo puede dar lugar como resultado una significativa sensibilización de larga duración a los acontecimientos dolorosos, por ello las primeras experiencias dolorosas en niño son particularmente importantes ya que pueden contribuir significativamente a los mecanismos de afrontamiento en los adultos.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a mejorar la calidad de atención del dolor en los niños del HN@MAV.

OBJETIVO ESPECIFICO:

1. Determinar la prevalencia del dolor en niños.
2. Establecer los tipos más comunes de dolor experimentado en niños.
3. Conocer las experiencias dolorosas sufridas en el pasado por los niños.
4. Análisis por edad y género de la peor experiencia dolorosa sufrida por el niño.
5. Determinar la prevalencia del dolor postoperatorio en una población infantil.
6. Evaluar intensidad del dolor experimentado en niños postoperados.
7. Analizar la validez de diversas escalas de evaluación del dolor agudo en niños de diferente edad.
8. Describir la intensidad del dolor según la edad y género de los niños con el uso de las escalas del dolor utilizadas.
9. Conocer la terapéutica analgésica empleada para aliviar el dolor postquirúrgico en nuestro hospital.
10. Proponer el uso de una pauta de tratamiento del dolor pediátrico en nuestro hospital según los resultados obtenidos.
11. Plantear una propuesta de evaluación del dolor pediátrico basado en las escalas utilizadas.
12. Demostrar que los niños pueden expresar su dolor mediante el uso de instrumentos de evaluación adecuados.

V. MARCO TEORICO

Definición.- La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) distingue el dolor agudo y el dolor crónico, definiendo el dolor agudo como: Una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses..

Esta definición involucra un *componente emocional* que no puede ser expresado por niños preverbales. El componente emocional, subjetivo del dolor ha sido durante mucho tiempo negado en el RN. Hoy podemos aceptar que dada la imposibilidad de cualquier tipo de verbalización, la única forma de expresar el dolor pasa por actitudes comportamentales, modalidades de expresión que son muy variables de un RN prematuro a otro y de interpretación difícil.

Esto hace que sea complejo juzgar la intensidad del dolor percibido por diferentes pacientes, algunos manifestarán su dolor por crisis de agitación y llanto y otros por una inmovilidad anormal.

SIGNIFICADO DEL DOLOR INFANTIL

Bajo la influencia de las transformaciones socioculturales a lo largo de los siglos, ha sido muy diferente la consideración que han tenido el trato dado a los niños y el interés del cuidado de sus enfermedades. Sucede igual con sus síntomas principales, muy variable ha sido su interpretación a través de los tiempos, comenzando por su significado lógico de guardián de la salud, frente a los que no le encontraban sentido, como Platón y Aristóteles o por el contrario, los que proclamaban la transcendencia de aliviar el dolor, obra verdaderamente divina, según Hipócrates.

En la edad Media un predominio de la orientación teológica: tanto el dolor como la enfermedad serían una consecuencia de la culpa y una clave para alcanzar el cielo, a pesar de la advertencia de San Agustín: "Se puede aceptar el dolor, pero nadie debe amarlo". Con el Renacimiento se tiende al enfoque más humano, y se buscan nuevos tratamientos.

Pascal y Montaigne, destacan el aspecto positivo, tendencia que al llegar el Romanticismo, se acentuará con una verdadera exaltación literaria y artística del dolor, que vendría a ser un estímulo poderoso para la creatividad, un privilegio de las naturalezas superiores, incluso un regalo de los dioses o como dijo Alfred de Musset "un maestro". Todavía, G. Marañón escribió: "el saber sufrir, el sufrimiento bien administrado, es también Medicina".

Ahora, la situación parece diferente, no hace mucho y pocos días antes de morir Gloria Fuertes dijo: "Si el dolor enseña, prefiero ser analfabeta".

En estos finales del siglo XX, resulta hoy diferente, pero estas breves pinceladas históricas deben hacer reflexionar y adaptarnos a los progresos.

El moderno tratamiento del dolor no puede ser ajeno a la gran transformación psicosocial del mundo occidental, cuando muchos piensan que "un minuto de dolor es tan largo como un día de felicidad".

El dolor infantil es un misterio (¿por qué debe sufrir el inocente?), pero también un escándalo, cuando cada día vemos a tantos niveles, incluido nuestro propio ámbito de actuación profesional, cuánto y cómo sufren los niños de todo el Mundo. En cierto modo, el dolor en la edad pediátrica viene a ser un ejemplo de otra epidemia reciente y paradójica: el maltrato. Se trataría de un maltrato institucional. La triste historia de los sufrimientos de los niños a lo largo de las épocas permite justificar algunos errores médicos, paralelos a los de la Sociedad, cuando el dolor del niño era algo inevitable e incluso conveniente ("quien bien te quiere, te hará llorar").

No resulta extraño que hasta las instituciones dedicadas a la protección del menor hayan incurrido en esta agresión, sea física o emocional, conducta generalmente debida a una inadecuada organización y más aún por un mal conocimiento, que empezamos a mejorar.

Aceptándola se podrá prevenir y tratar mejor. Aliviar el dolor debe ser una tarea obligada para el pediatra de hoy.

PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA Y FISIOPATOLÓGICA

En la práctica pediátrica, durante mucho tiempo los *síntomas dominantes* por su valoración clínica han sido los que conllevan implícito un riesgo vital, como pueden ser la cianosis, la disnea, la convulsión, la diarrea o el vómito. Cada vez hay más datos y acuerdo sobre el predominio del dolor, un 80% de niños con enfermedad crónica lo tendrán. En la edad escolar hasta un 20% puede referir cefaleas, un 15% dolor de piernas o de espalda y un 10 % dolor abdominal recidivante. Si se trata del niño hospitalizado, al menos el 50% sufrirá dolor físico. Si consideramos el debido al miedo a la enfermedad, al tratamiento, al médico o a la separación del entorno familiar, el sufrimiento alcanza al 100%.

No puede extrañar que en la edad adulta un 80% padezca algún tipo de dolor y que el capítulo de los analgésicos represente casi la quinta parte de los gastos de farmacia.

Muy numerosas son ya las llamadas de atención, Petrak encuentra que las dosis de analgésicos son insuficientes en el 2% de los adultos tratados, pero este porcentaje se eleva al 27% para los niños. Friedland a nivel hospitalario quedó sorprendido al ver que la analgesia sólo era aplicada en el 31% de los niños afectados de fracturas y en el 26% de los quemados.

Clasificación fisiopatológica del dolor:

- Nociceptivo
- Somático.
- Visceral.
- Neuropático.
- Mixto.

Dolor nociceptivo

Es el producido por un exceso de nocicepción, éste a su vez se subdivide en somático y visceral.

Dolor neuropático

Es el producido por una lesión, disfunción o alteración del sistema nervioso central o periférico.

Alterándose los mecanismos de control, modulación e integración de las vías de transmisión nociceptiva.

Comprende el dolor mantenido por el simpático y el síndrome complejo regional doloroso (antigua mente conocido como distrofia simpático refleja o causalgia).