

¿dolores?

CONTRA
EL DOLOR.



Administración de sacarosa previa a una técnica invasiva.

¿Mi hijo tiene dolor?

El tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados en nuestras unidades asistenciales.

La evaluación y el tratamiento del dolor es una parte esencial de nuestro trabajo diario, que ha sido pobremente apreciada debido a que el niño pequeño es incapaz de comunicar claramente su experiencia dolorosa. Esto ha llevado a acumular diversas creencias sociales y prejuicios médicos en relación a que el niño a causa de su inmadurez biológica, no percibe el

dolor en la misma forma e intensidad que el adulto. Todo esto ha provocado que se haya tratado el dolor de forma insuficiente; pensando que la incapacidad de los niños de verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor es sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo.

El dolor se asocia con alteraciones del comportamiento (expresión facial, movimientos del cuerpo, llanto), fisiológicas (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial, tono vagal, sudoración), bioquímicas (niveles de plasma de cortisol, catecolaminas) y psicológicas que pueden ser recogidas y, en ocasiones cuantificadas. El dolor

crónico o repetitivo puede tener consecuencias a largo plazo. Esta memoria del dolor a largo plazo existe en los recién nacidos incluidos los prematuros. Los estímulos dolorosos repetitivos en etapas tempranas de la vida y la separación materna, conllevan cambios permanentes en el procesamiento del dolor a nivel espinal que se manifiestan en etapas posteriores como una hipersensibilidad al dolor, alteraciones en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje.

La separación madre-hijo puede considerarse tan nociva como un estímulo doloroso.



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos.

Múltiples estudios sugieren que la exposición temprana repetida y prolongada al dolor puede contribuir a alteraciones en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje de neonatos. Los neonatos a menudo deben someterse a intervenciones invasivas. Sobre todo los niños que requieren cuidados intensivos, que son sometidos de forma repetitiva a procedimientos dolorosos, en la mayoría de los casos sin medidas analgésicas adecuadas. El tratamiento insuficiente del dolor conlleva a un aumento de la morbilidad.

Componentes del dolor.

El dolor es una experiencia subjetiva que comprende componentes sensoriales y emocionales. La intensidad de la experiencia del dolor y los mecanismos para afrontarlo varían entre los individuos ante cualquier injuria o daño.

El dolor experimentado en el ambiente hospitalario frecuentemente es potenciado por la ansiedad, temor, tristeza y enojo de parte del niño o de los padres.

Cuantificar el dolor.

Existen diversas escalas de medida del dolor para la valoración de éste en neonatos a término, pretérminos, lactantes y niños preescolares. La valoración del dolor debe ser incorporada al protocolo del cuidado habitual de los niños tratados en nuestras unidades, siendo crucial el papel de los profesionales de la Enfermería. Debe utilizarse la escala con la que el personal esté más familiarizado y que mejor se adapte a las edad y características del niño, para poder proporcionar un tratamiento adecuado cuando lo precise en función de la intensidad del dolor.

En la unidad de Neonatología, esta evaluación se realiza después de cada procedimiento doloroso, para evaluar la eficacia tanto de medidas ambientales, de contención o agentes farmacológicos.

Para la medición del dolor durante un procedimiento doloroso en un neonato o prematuro utilizamos la escala "PIPP", (anexo 1), y se debe rellenar el registro PIPP. Para medir el confort utilizaremos la escala "Score EDIN" (anexo 2).

En Pediatría utilizamos la Escala Analógica Visual (EVA) y el puntaje debe ser reflejado en la Gráfica de constantes de su Historia Clínica.

La evaluación del dolor debe ser periódica y debe ser registrada en un lugar visible, de modo que se facilite la comunicación y el tratamiento.

Medidas para evitar el dolor.

Evitar el dolor en el niño y el neonato y calmarlo con medidas de intensidad adecuadas al estímulo doloroso es de una importancia vital como objetivo primordial de calidad de la asistencia en nuestras unidades Neonatales y Pediátricas. Se pueden llevar a cabo medidas generales para controlar el dolor. Se centran en la prevención del mismo, evitando en la medida de lo posible el estímulo doloroso, minimizando estos procedimientos mediante soluciones dulces, estimulación sensorial y amamantamiento al pecho durante los procedimientos en neonatos y lactantes susceptibles y métodos como la relajación, distracción y la imaginación guiada en niños más mayores.



Evaluación del dolor

- En el neonato la expresión facial es el indicador más visible de dolor, aunque no es el único.
- En el lactante es necesariamente indirecta (información de los padres) e incluye la observación del llanto, expresión facial, respuestas autonómicas y actividad conductual o motora.
- Los preescolares de 3 a 7 años son capaces de describir algunos aspectos de la localización, intensidad y calidad del dolor. Se pueden utilizar escalas de Autoevaluación con caras.
- Los niños de 8 años o más pueden utilizar las escalas analógicas visuales estándar, como la "Escala Visual Analógica" (EVA).



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

Tratamiento del dolor:

Métodos no farmacológicos como prevención del dolor en procedimientos menores:

1. Posición.

La posición en decúbito prono reduce el dolor y el estrés después de procedimientos invasivos y da estabilidad.

2. Estimulación olfatoria y sensorial.

El método canguro se ha demostrado eficaz para disminuir el estrés asociado a estímulos dolorosos y reduce la respuesta al dolor.

3. Masajes.

Los movimientos rítmicos y repetidos son eficaces para disminuir el dolor, calmando y atenuando el llanto.

4. Succión nutritiva y no nutritiva.

Mediante chupete o sustancias que incluyen el uso de glucosa/sacarosa oral y lactancia materna.

6. Disminución de estímulos ambientales.

La luz brillante y los ruidos causan estimulación excesiva al niño, su control puede disminuir la sensación dolorosa.

7. Facilitar la flexión del niño.

Mediante sistemas tipo "nido", método canguro, postura (coger manos y pies en una posición de flexión o posición fetal lateral).

¿Cuándo hablamos de confort?

Cuando están cubiertas todas las necesidades de disconfortabilidad.

- Hambre.
- Sed.
- Sueño.
- Temperatura adecuada.
- Estímulos nociceptivos (sensitivos, afectivos y cognitivos.).
- No estar mojado o manchado de heces que producen estímulos desagradables en la piel.
- Inseguridad.



Normas generales de uso de las diferentes técnicas de analgesia en prematuros y neonatos.

1- Posición: Evitar la sujeción de miembros, postura cómoda. Postura en flexión fetal lateral (brazos y piernas flexionadas) con la aplicación de "nidos".

2- Manipulación mínima: Agrupar las extracciones sanguíneas y eliminar las innecesarias. Debe justificarse y no prolongarse la indicación de todo aquello que pueda molestar al niño (monitorización, sondas, drenajes, etc.). No debe sacarse al niño de la incubadora para realizar alguna técnica, p.e, una extracción.

3- Estimulación olfatoria y sensorial: La utilización del método canguro reduce la respuesta al dolor. Los padres, en principio, pueden presenciar e inclusive tener al niño durante la técnica si es posible.

4- Masaje: mediante movimientos rítmicos y repetidos.

5- Succión no nutritiva: Utilizar chupete antes y durante el procedimiento doloroso.

6- Succión nutritiva: Mediante la utilización de soluciones orales (sacarosa o glucosa). La sacarosa debe utilizarse en concentración al 24%, en dosis de 1 ml en pretérminos y 2 ml en RN a término, administrados aproximadamente dos minutos antes del procedimiento. Una solución de glucosa al 33% parece tener el mismo efecto, a dosis de 0,3 ml. Algunos sugieren mayor eficacia si se administra una segunda dosis uno o dos minutos después del procedimiento. No se ha establecido la eficacia de múltiples dosis para el alivio del dolor. Ya que reduce pero no elimina el dolor debe utilizarse junto a otras medidas no farmacológicas. Debe utilizarse por vía intraoral porque su eficacia a través de sonda nasogástrica es nula. La succión al pecho durante la estimulación dolorosa se ha demostrado eficaz ya que engloba los beneficios de la succión nutritiva y los del método canguro.

7- Reducción de estímulos ambientales: El ruido (evitar hablar alto durante los procedimientos dolorosos), luz (ciclos día/noche en casos de dolor prolongado).

8- Música: Ha sido poco estudiada. Puede utilizarse junto a la succión no nutritiva.



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

Grupo del Dolor en Neonatología y Pediatría.

Rosana Medina.
Supervisora

Eugenia Sánchez.
Enfermera

Cristina Martínez.
Enfermera

Arancha Luque.
Enfermera

Rocío Espejo.
Enfermera

CLASIFICACIÓN DE LAS ESCALAS DE DOLOR EN NIÑOS

De acuerdo a la variable a observar

Unidimensionales

Evaluación en base a una variable, considerando expresiones verbales, de mímica o de modificación de la postura.

Multidimensionales

Evaluación en base a variables múltiples, conductuales y fisiológicas.

De acuerdo a quién evalúa

Heteroevaluación

Evaluación por parte de un observador. Es la única alternativa en niños pequeños o en niños con déficit neurológico.

Autoevaluación

El propio sujeto le asigna un valor a su dolor.

¿dolor?



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

UNIDAD DE PEDIATRÍA Y
NEONATOLOGÍA.

HOSPITAL COSTA DEL SOL



Escala PIPP

EG	0 Mayor de 36 SG.	1 Entre 32 y 36 SG.	2 Entre 28 y 30 SG.	3 Menor de 28 SG.
Comportamiento	0 Activo y despierto, ojos abiertos y mov. faciales.	1 Quieto y despierto, ojos abiertos y mov. faciales.	2 Activo y dormido, ojos cerrados y mov. faciales.	3 Quieto y dormido, ojos cerrados y no mov. faciales.
FC MAX.	0 0-4 lat/min	1 5-14 lat/min	2 15-24 lat/min	3 Más 25 lat/min
SAT MIN.	0 0-2,4%	1 2,5-4,9%	2 5-7,4%	3 más del 7,5%
Entrecejo fruncido	0 Ninguno/0-9% del tiempo.	1 mínimo/10-40% del tiempo.	2 moderado/40-70% tiempo.	3 máximo/más 70% tiempo.
Ojos apretados	0 Ninguno/0-9% del tiempo.	1 mínimo/10-40% del tiempo.	2 moderado/40-70% tiempo.	3 máximo/más 70% tiempo.
Surco nasolabial	0 Ninguno/0-9% del tiempo.	1 mínimo/10-40% del tiempo.	2 moderado/40-70% tiempo.	3 máximo/más 70% tiempo.

Score EDIN

Expresión Facial	Cuerpo	Sueño	Interacción con el medio
0 Rostro distendido. Muecas pasajeras.	0 Distendido.	0 Facilidad para dormir.	0 Sonrisa. Buena respuesta a estímulos. Ubica fuente de sonido.
1 Temblor del mentón. Ceño fruncido.	1 Agitación leve/larga calma.	1 Dificultad para dormir.	1 Dificultad leve con observador/logra.
2 Muecas frecuentes, marcadas y/o prolongadas.	2 Agitación frecuente/calma.	2 Despertar espontáneo/sueño agitado.	2 Contacto difícil. Grito ante estímulos leves.
3 Contracción de músculos faciales. Rostro fijo.	3 Agitación permanente. Hipertonía de extremidades. Rigidez de miembros.	3 Imposibilidad para dormir.	3 Contacto imposible. Malestar ante estímulos.

Escala EVA



Anexo 3



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD