



Evaluación y manejo del dolor de niños hospitalizados

Evaluation and management of pain in hospitalized children

Miroslava Iliana Carrasco-González,* Jessie Zurita-Cruz,‡ Ana Carmen Guerrero-Díaz*

* Unidad de Investigación en Enfermería; ‡ Universidad Nacional Autónoma de México.
Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México, México.

El dolor es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los diferentes niveles de atención, en especial en pacientes hospitalizados. Desde el punto de vista asistencial, para el apropiado diagnóstico y manejo del dolor se requiere conocer a profundidad diferentes aspectos, lo que incluye las características de la persona y su entorno.¹

En el ámbito hospitalario, los pacientes pueden presentar padecimientos dolorosos o ser sometidos a procedimientos que generan dolor, por lo que es común que los profesionales de la salud se enfrenten de forma cotidiana a pacientes que requieren su manejo, en especial niños y adolescentes.² En padecimientos quirúrgicos la prevalencia de dolor aumenta, pues entre 71 y 75% de los pacientes en el periodo postoperatorio presentan dolor, cuya intensidad es de moderada a grave, aún después de haber recibido alguna forma de analgesia.³

La evaluación, registro, tratamiento y seguimiento del dolor en los hospitales forma parte de la calidad de atención que se brinda a los pacientes.⁴ Tal es su importancia que la evaluación del dolor ha sido considerada como el quinto signo vital.^{5,6} Esta connotación indica la necesidad de que todos los profesionales de la salud, incluyendo el personal de enfermería, evalúen y brinden tratamiento del dolor eficientemente.^{2,4,7}

En el momento de la evaluación del dolor se debe tomar en cuenta su localización, tipo, duración, frecuencia, intensidad, irradiación, síntomas y signos

acompañantes, factores agravantes y atenuantes, así como medicamentos que lo alivian o lo provocan.⁷ Además, el personal de salud debe conocer la historia clínica del paciente, realizar exploración física orientada al dolor, identificando datos clínicos anormales, asociados al dolor.⁸

A lo largo de muchos años se han diseñado diferentes instrumentos para la evaluación del dolor en niños; al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que no existe un instrumento único o adecuado para la valoración del dolor.⁹ Por ejemplo, existen escalas para medir el dolor en recién nacidos y prematuros (PIPP-R);¹⁰ la escala FLACC evalúa la expresión, movimiento de piernas, actividad y el llanto de niños con edades de dos meses a siete años de edad, la cual es útil en casos con deterioro cognitivo.¹¹ Mientras que la escala CRIES evalúa el dolor postoperatorio, tomando en cuenta el llanto, saturación de oxígeno, signos vitales, la expresión facial y las características del sueño.¹² COMFORT es un instrumento validado para niños con ventilación mecánica, el cual evalúa el sueño, la calma o agitación, llanto, movimiento, tono muscular, expresión facial y los signos vitales.¹³ Para mayores de siete años se puede utilizar la escala numérica del dolor,¹⁴ de la cual existen variantes en las que se integran dibujos de caras haciendo referencia al nivel del dolor.¹⁵

Por otro lado, al brindar tratamiento para el dolor, los profesionales de la salud deben fundamentarlo en

Correspondencia: Ana Carmen Guerrero-Díaz, E-mail: acguerrerod@gmail.com

Citar como: Carrasco-González MI, Zurita-Cruz J, Guerrero-Díaz AC. Evaluación y manejo del dolor de niños hospitalizados. *Rev Mex Pediatr.* 2022; 89(5): 177-179. <https://dx.doi.org/10.35366/110501>

su fisiopatología, y del empleo de medios que permitan hacer una valoración de su origen y evolución. Las guías para el manejo del dolor de la OMS ofrecen recomendaciones generales, tales como la administración de analgésicos; por ejemplo, siempre que sea posible deberá prescribirse por vía oral. Además, los analgésicos deben administrarse en intervalos de tiempo fijos, y la siguiente dosis debe administrarse antes de que concluya el efecto de la dosis anterior. Finalmente, se recomienda que las dosis sean individualizadas, y que su incremento o disminución sea acorde con las manifestaciones de cada paciente.⁹

Aunado a lo anterior, la OMS ha propuesto una escalera de analgésicos que se relaciona con la gravedad del dolor (*Figura 1*). Así, cuando el dolor es leve, se recomienda el uso de medicamentos no-opioides como los analgésicos no esteroideos (AINE), además de medicamentos adyuvantes. En caso de dolor moderado, se recomienda el uso de opioides débiles, analgésicos no-opioides y tratamiento adyuvante. Por último, cuando el dolor es grave se deben

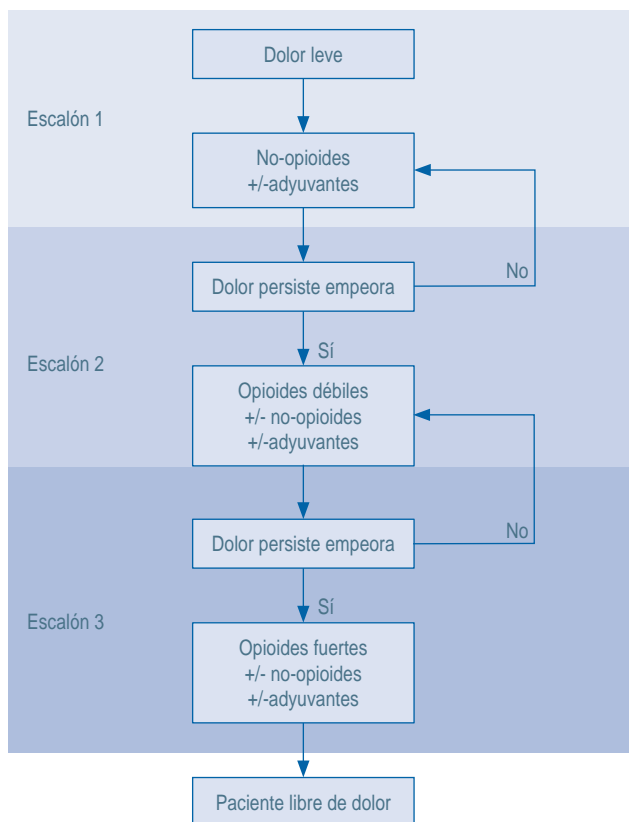


Figura 1: Escalera de analgésicos para el abordaje del paciente con dolor.

prescribir opioides-fuertes, analgésicos no-opioides y tratamiento adyuvante.⁹

Dentro de los AINE, el paracetamol es la primera línea de tratamiento. Los analgésicos opioides se pueden adicionar a los AINE, cuando no hay suficiente alivio del dolor. Dentro de los opioides débiles se encuentran el tramadol, codeína y dextropropoxifeno; y los opioides fuertes son morfina y la oxicodona. La vía de administración varía en cada caso, pudieron requerir la aplicación vía intratecal mediante bombas de infusión (morfina, bupivacaína y clonidina). Los fármacos adyuvantes pueden mejorar el control del dolor, especialmente en el dolor neuropático y visceral. En este grupo se encuentran: gabapentinoides (gabapentina y pregabalina), agonistas alfa-2-adrenérgicos (clonidina o dexmetomidina), bloqueadores de canales N-metil-daspartato (ketamina) o de los canales de sodio (lidocaína).⁹

Se debe recordar que el manejo inicial del dolor debe realizarse por los médicos que están en contacto directo con los pacientes y, en caso de no haber un control apropiado, solicitar apoyo de personal con mayor experiencia, como los médicos de la clínica del dolor.¹⁶

Como comentarios finales debemos reflexionar que, a pesar de los avances en la medicina, el manejo del dolor en pacientes pediátricos no ha sido óptimo, por lo que el personal de salud debe estar alerta cuando un paciente siente y sufre dolor, independientemente del momento o circunstancia en la que se encuentre; recordando que hay situaciones en las que aliviar el dolor no significará modificación del cuadro clínico antes de establecer el diagnóstico de certeza. Asimismo, debemos utilizar instrumentos validados y adecuados para que el dolor sea evaluado de una manera objetiva, lo cual ayudará a la comunicación entre el personal médico y de enfermería. En este contexto, parece necesario establecer programas de capacitación para trabajadores de la salud, con la meta de disponer de instituciones hospitalarias libres de dolor.

REFERENCIAS

1. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020; 2(4): 232-233.
2. Zúñiga-Espitia ID. Pain in hospitalized pediatric patients in a third-level healthcare institution. *Andes Pediatr*. 2021; 92(6): 870-878.
3. Ortega-López RM, Aguirre-González ME, Pérez-Vega ME, Aguilera-Pérez P, Sánchez-Castellanos MD, Arteaga-Torres J. Educational intervention study in the management of pain in nursing staff. *CienciaUAT* [Internet]. 2018; 12(2): 29-39. Available

- in: <http://www.revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/887/425>
4. Colina Vargas YA, Vallejo Agudelo E, Rodríguez Polo A, Escobar Restrepo J, Posada Giraldo C, Joaquín Tapia WH. El dolor en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad. *Med UPB*. 2022; 41(2): 114-120.
 5. Tarraga Marcos ML, de Avila Montoya MR, Salmerón Ríos R, Tarraga López PJ. Abordaje no farmacológico del dolor en pediatría desde la perspectiva de enfermería: Aplicación de materiales audiovisuales y buzzy®. *JONNPR* [Internet]. 2021; 6(7): 951-967. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3997/HTML3997>
 6. Gallo AM. The fifth vital sign: implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003; 32(2): 199-206.
 7. Erazo MA, Pérez L, Colmenares CC, Álvarez H, Suárez I, Mendivelso F. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015; 22(6): 241-248.
 8. Gai N, Naser B, Hanley J, Peliowski A, Hayes J, Aoyama K. A practical guide to acute pain management in children. *J Anesth* [Internet]. 2020; 34(3): 421-433. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x>
 9. World Health Organization. *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 10. Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, Dionne K, Lee G, Johnston C et al. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R). *Clin J Pain*. 2014; 30(3): 238-243.
 11. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Paediatr Anaesth*. 2006; 16(3): 258-265.
 12. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatr Anaesth*. 1995; 5: 53-61.
 13. Van Dijk M, Peters JWB, van Deventer P, Tibboel D. The COMFORT Behavior scale: a tool for assessing pain and sedation in infants. *Am J Nurs* [Internet]. 2005; 105(1): 33-36. Available in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15659992>
 14. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth* [Internet]. 2008; 101(1): 17-24. Available in: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aen103>
 15. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001; 93(2): 173-183.
 16. García-Andreu J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anest Mex*. 2017; 29(1): 77-85.