

Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios

Pain assessment and implementation of nursing therapeutic interventions in neonatal and pediatric patients, in welfare hospital contexts

Dra. M^a Carmen Sellán Soto^I, DEA. M^a Luisa Díaz Martínez^I, Dr. Antonio Vázquez Sellán^{II}

^IUniversidad Autónoma de Madrid. España.

^{II} Hospital Universitario "La Paz". Madrid, España.

RESUMEN

El dolor es una realidad, una experiencia subjetiva culturalmente construida y sociohistóricamente determinada desde la más tierna infancia. Con respecto a los cuidados proporcionados a niños y adolescentes un reto de vigente actualidad es el alivio del dolor tanto agudo como crónico. Los abordajes para su tratamiento han ido cambiando y mejorando a medida que aumentaban los conocimientos por lo que disponemos de una gran variedad de intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas. El objetivo del trabajo es visibilizar cómo se lleva a cabo la valoración del dolor en ciertas técnicas, procedimientos y procesos patológicos, así como los conocimientos que sobre intervenciones terapéuticas enfermeras para el alivio del dolor y su grado de aplicación en contextos asistenciales hospitalarios. En este artículo exclusivamente se muestran los resultados relativos a la valoración del dolor. Pude concluirse que existen algunos procesos patológicos en los que no se apuntaba la pertinencia de valorar el dolor., posiblemente no se trate de una inadecuada valoración del dolor sino por el motivo de ingreso en las unidades estudiadas. Con respecto a técnicas y procedimientos apuntan en el mismo sentido, aunque se cree importante profundizar en las causas que subyacen en aquellos casos en los que no se valora en ningún momento del procedimiento el dolor del paciente pediátrico.

Palabras clave: dolor, paciente pediátrico.

ABSTRACT

Pain is a reality, a subjective experience culturally built and socio-historically determined from the earliest childhood. With regard to the care provided to children and adolescents, a challenge of a present validity is the pain relief, both acute and chronic. Approaches for treatment have been changing and improving as knowledge increased so we have a wide variety of therapeutic interventions both pharmacological and non-pharmacological. The objective of this study is to demonstrate how to carry out the assessment of pain in certain techniques, procedures and pathological processes and as well as the knowledge on therapeutic interventions nursing for pain relief and its level of application in welfare hospital contexts. In this article exclusively is shown the results related to pain assessment. It may be concluded that there are some pathological processes that were not pointed out the relevance of evaluating the pain, possibly is not a case of an inadequate assessment of pain but the reason for admission in the studied units. With regard to techniques and procedures they pointed in the same direction, although it is believed important to look into the causes underlying those cases where the procedure of the pain of the pediatric patient is not valued at any moment.

Keywords: pain, pediatric patient.

INTRODUCCIÓN

La perspectiva de la sociedad a cerca de la infancia ha experimentado grandes cambios a lo largo del tiempo. El reconocimiento del niño/a como un individuo con unas características y necesidades específicas se configura a partir de la Modernidad. En la Convención de los Derechos del niño se define a éste como todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.¹ Fueron influyentes, entre otras, las ideas de Jan Amos Komenský, más conocido como Comenio, y posteriormente, las de Rousseau para que progresivamente se modificaran concepciones que no visibilizaban las peculiaridades de esta etapa del ciclo vital humano.

Actualmente los cuidados enfermeros de calidad, los tratamientos eficaces, el progreso tecnológico además de el desarrollo de intervenciones centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ha hecho posible que la atención a la salud infantil haya experimentado un avance importante.²

La enfermería considera a los niños como individuos, con unas características físicas, intelectuales, emocionales y espirituales que se van modificando a lo largo de las diferentes etapas de su desarrollo. Con respecto a los cuidados proporcionados a niños y adolescentes un reto de vigente actualidad es el abordaje del dolor tanto agudo como crónico.

El dolor es una realidad personal, una experiencia subjetiva culturalmente construida y sociohistóricamente determinada desde la más tierna infancia. Las atribuciones que cada persona da a su experiencia dolorosa variarán de acuerdo a las características de las mismas: tipo de dolor, duración, intensidad, repercusiones en la vida diaria y en su proyecto vital. Los abordajes para su tratamiento han ido cambiando y mejorando a medida que aumentaban los conocimientos sobre neurofisiología, la bioquímica del dolor y se perfeccionaban las diferentes vías de tratamientos disponibles; así nos encontramos con diferentes intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas. Parafraseando a Thomas Dormandy llevamos cientos de años tratando el dolor físico y el mental como dos realidades diferentes. En la actualidad vuelven a considerarse como dos realidades inseparables, que necesariamente deben tratarse como una sola, al igual que se pensaba en la Antigüedad, donde no se diferenciaba entre dolores físicos y mentales.³

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como: "una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión".⁴

Por otro lado, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define el dolor como una "experiencia emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial".⁵

A lo largo de su formación pregrado, los profesionales de enfermería adquieren competencias para abordar situaciones de dolor en las diferentes etapas del desarrollo humano, pudiendo hacer uso de diversas herramientas para una adecuada valoración del dolor y para implementar intervenciones terapéuticas tanto farmacológicas como no farmacológicas.

La NANDA presenta dos etiquetas diagnósticas relativas al dolor; se refieren al mismo como 'Dolor agudo' y 'Dolor crónico', siendo la perspectiva temporal del proceso doloroso la que establece la diferencia entre ambas. Además, la valoración del dolor de la persona está incluida en todos los modelos teóricos en enfermería.⁶

Todo ello llevó a los autores a plantearse los siguientes objetivos identificar frente a qué situaciones la enfermera cree necesaria la valoración del dolor, visualizar los conocimientos sobre intervenciones terapéuticas enfermeras para el alivio del dolor y su grado de aplicación en contextos asistenciales hospitalarios. En este artículo se desarrolla el primero de ellos.

MÉTODOS

Se ha recabado la información a través de un cuestionario de elaboración propia, validado por expertos en el ámbito pediátrico.

Nuestros objetivos parten de la necesidad de obtener información sobre la preeminencia otorgada por los profesionales de enfermería a la valoración y tratamiento del dolor, además de visibilizar el grado de conocimiento sobre intervenciones terapéuticas enfermeras que no impliquen administración de fármacos y su grado de implementación en el ejercicio profesional con pacientes pediátricos.

El estudio se llevó a cabo en el hospital infantil La Paz durante los meses de mayo y junio de 2010. Se trata de un hospital público de tercer nivel, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM). Este hospital se inauguró en 1965, siendo el primer hospital pediátrico de la sanidad pública española.

En la actualidad posee una plantilla de 350 enfermeras en unidades de hospitalización (no consultas, ni quirófano). Además cuenta con 271 camas repartidas según la tabla 1.

Tabla 1. Camas por Unidades de Hospitalización Pediátrica

UNIDADES	Nº CAMAS
NEONATOLOGÍA	81
PEDIATRÍA	67
CIRUGÍA	48
URGENCIAS	4
HOSPITAL DE DÍA	14
HEMATO-ONCOLOGÍA	16
TRASPLANTES	19
HEMODIÁLISIS	6
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	16

El análisis de los datos se llevo a cabo con el programa estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

Como hemos señalado, para el procedimiento de recogida de información se utilizo un cuestionario en el que se incluyeron datos de carácter sociodemográfico (ver tabla 2), junto a 8 preguntas que hacían referencia a las siguientes cuestiones:

- Formación recibida en pregrado y postgrado con relación al dolor.
- Exploración de la frecuencia con que se valora el dolor en diversas técnicas, procedimientos y procesos patológicos.
- Frecuencia de utilización de diferentes intervenciones para el alivio del dolor, clasificadas como señalamos anteriormente.
- Valoración de los resultados obtenidos con el manejo de intervenciones utilizadas.

- Especificación de la intervención seleccionada según la técnica, procedimiento o proceso patológico y momento de utilización: profiláctico y/o tras realización.
- El proyecto fue presentado a la dirección de enfermería del hospital y a las supervisoras/es de las unidades de hospitalización con la finalidad del acercamiento de la investigación a la práctica clínica.

El criterio de inclusión para la recogida de datos fue llevar trabajando un mínimo de 6 meses en el puesto actual de forma continuada. Se recogieron 76 cuestionarios con la distribución que se muestra en la tabla 3.

Tabla 2. Variables socio-demográficas

SEXO	MUJER : 65,8%	HOMBRE : 13,2%	
EDAD	21-61 AÑOS		
SITUACIÓN LABORAL	PROPIEDAD 21,1%	INTERINO 9,2%	CONTRATADO 1,3%
TURNOS DE TRABAJO	MAÑANA/NOCHE 36,8%	TARDE/NOCHE 36,8%	MAÑANA 11,8%
EXPERIENCIA CON NIÑOS	6m-39 AÑOS		
TIEMPO ÚLTIMO CONTRATO	6m-25 AÑOS		

RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan están centrados principalmente en la valoración del dolor en las diversas técnicas, procedimientos y procesos patológicos.

- **Formación recibida en pregrado y postgrado con relación al dolor**

De los 76 encuestados, 58 contestaron afirmativamente a la pregunta sobre formación recibida a cerca del dolor en su formación pregrado. No recibieron formación durante sus estudios 14 y no se obtuvo respuesta en 4 de ellos. Un 39,4 % lo hicieron de forma monográfica en alguna asignatura de la carrera.

Tabla 3. Cuestionarios recogidos por unidades

UNIDADES	NÚMERO CUESTIONARIOS
NEONATOLOGÍA	14
PEDIATRÍA	14
CIRUGÍA/REANIMACIÓN	11
URGENCIAS	4
HOSPITAL DE DÍA	1
HEMATO-ONCOLOGÍA	4
TRASPLANTES	5
HEMODIÁLISIS	1
CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS	10
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	12

Sólo han realizado estudios de postgrado 20 (26,3 %), el 65,7 % no ha cursado dichos estudios y un 7,89 % no contestaron. Señalar que ninguno de los estudios especificados está relacionado directamente con el dolor.

A la pregunta de si han llevado a cabo algún curso sobre el dolor, el 30,2 % sí lo ha hecho, mientras que el 63,1 % no. Fundamentalmente los cursos han estado relacionados con el tratamiento del dolor agudo y la asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA), a través del servicio de Formación Continuada del hospital. No fueron cumplimentados 5 cuestionarios.

• **Exploración de la frecuencia con que se valora el dolor en diversas técnicas, procedimientos y procesos patológicos**

Se llevó a cabo un sondeo de la frecuencia del dolor en diversas técnicas, procedimientos y procesos patológicos. Se utilizó una escala tipo Likert con 5 respuestas (siempre, a menudo, a veces, nunca y no procede). Respecto a las técnicas y procedimientos nos interesaba también conocer, si dicha valoración se producía antes, durante y después del procedimiento. Seleccionamos las 13 intervenciones y los 8 procesos patológicos más habituales en la práctica asistencial: Aspiración de secreciones, Biopsia, Cateterismo vesical, Extracción sanguínea, Inserción de catéteres intravenosos, Inserción de sonda nasogástrica, Inyección intramuscular, Inyección subcutánea, Punción capilar, Punción lumbar, Retirada de drenajes, Retirada de puntos, Movilización de secreciones,

Enfermedades hemato-oncológicas, Hipertensión intracraneal, infecciones sistémicas/sepsis, Postoperatorio, Procesos inflamatorios severos, Quemaduras, Traumatismos y Úlceras por presión.

A continuación mostramos las frecuencias medias de valoración del dolor en intervenciones y procesos patológicos (gráficos 1 y 2).

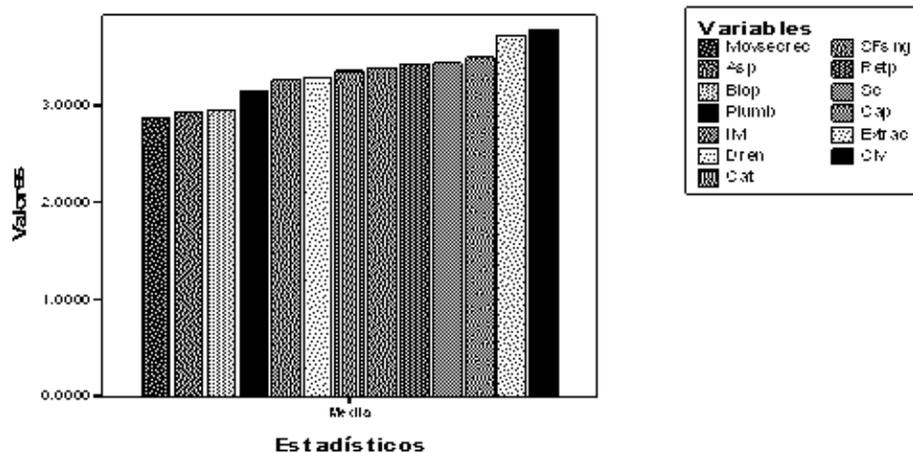


Grafico 1. Valoración del dolor en las intervenciones. Frecuencias medias **Movsecrec**= Movilización de secreciones; **Asp**= aspiración de secreciones; **Biop**= biopsia; **Plumb**= punción lumbar; **IM**= inyección intramuscular; **Dren**= retirada de drenajes; **Cat**=cateterismo vesical; **sng**= inserción de sonda nasogástrica; **Retp**= retirada de puntos; **Sc**= inyección subcutánea; **Cap**= punción capilar; **Extrac**= extracciones sanguíneas; **Civ**=inserción catéteres intravenosos.

En las siguientes tablas (tablas 4 y 5) se muestran los porcentajes obtenidos en cuanto a la frecuencia de valoración del dolor en técnicas y procedimientos y en procesos patológicos.

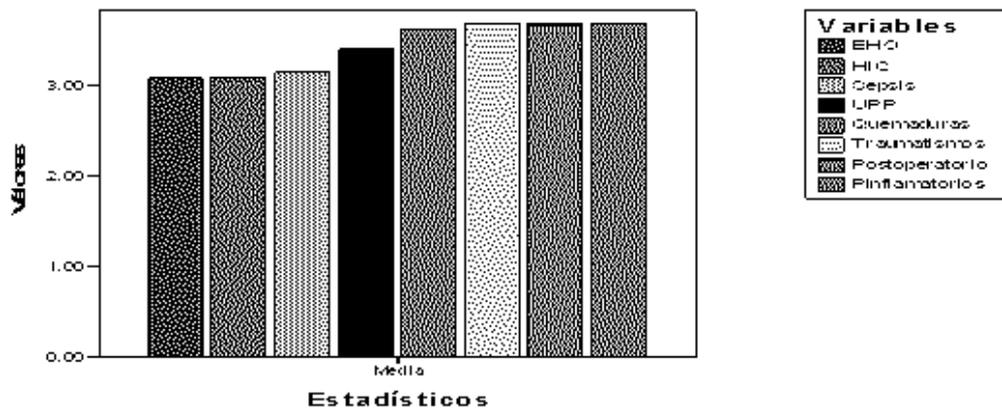


Grafico 2. Valoración del dolor en procesos patológicos. Frecuencias medias EHO= enfermedades hemato-oncológicas; HIC= hipertensión intracraneal; UPP= úlceras por presión.

Tabla 4. Porcentajes valoración del dolor según momento del procedimiento

Técnicas/ Procedimientos	Siempre			A menudo			A veces			Nunca			No procede		
	A	D	F	A	D	F	A	D	F	A	D	F	A	D	F
Momento %	A	D	F	A	D	F	A	D	F	A	D	F	A	D	F
Asp. Secreciones	23,7	30,3	26,3	14,5	25	17,1	9,2	6,6	6,6	9,2	6,6	7,9	3,9	3,9	3,9
Biopsia	39,5	35,5	39,5	6,6	3,9	6,6							18,4	17,1	15,8
Cat. vesical	42,1	42,1	38,2	13,2	22,4	13,2	5,3	3,9	3,9				5,3	3,9	3,9
Extrac. sanguínea	64,5	64,5	52,6	9,2	15,8	5,3	3,9	1,3	2,6				1,3	1,3	1,3
I. Catéteres IV	64,5	64,5	52,6	3,9	7,9	5,3	3,9	1,3	2,6				1,3	1,3	1,3
SNG	47,4	48,7	32,9	17,1	17,1	14,5	1,3	6,6	3,9	2,6			3,9	3,9	3,9
IM	48,7	50	36,8	5,3	15,8	9,2	2,6	2,6	3,9	3,9	2,6	2,6	9,2	2,6	9,2
SC	50	50	40,8	9,2	19,7	14,5	5,3	6,6	6,6	2,6	1,3	1,3	2,6	2,6	2,6
P. capilar	46,1	53,9	43,4	7,9	11,8	10,5	7,9	6,6	6,6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
P. lumbar	48,7	43,4	42,1	9,2	7,9	9,2	1,3		1,3				14,5	14,5	13,2
Drenajes	50	51,3	43,4	7,9	10,5	7,9	1,3	5,3	5,3	1,3			7,9	7,9	7,9
R. puntos	51,3	51,3	39,5	11,8	14,5	9,2	5,3	7,9	7,9	1,3			3,9	3,9	3,9
Mov. secreciones	31,6	28,9	30,3	6,6	14,5	5,3	14,5	14,5	9,2	6,6	6,6	6,6	3,9	3,9	3,9

A= antes; D= durante; F= final

De los datos obtenidos, son interesantes los resultados que hacen referencia a la opción "No Procede". Con respecto a las técnicas y procedimientos, los porcentajes más elevados se han obtenido en: biopsia (18,4 % en los tres momentos), punción lumbar (14,5 %; un 13,2 % al final), inyección intramuscular (9,2 % en los tres momentos) y retirada de drenajes (7,9 % a lo largo de todo el procedimiento).

En los procesos patológicos se ha valorado en mayor porcentaje la no pertinencia de la valoración del dolor en: enfermedades hemato-oncológicas (11,8%), hipertensión intracraneal y úlceras por presión (7,9 %) y quemaduras (6,6 %).

Para interpretar de forma más detallada dichos resultados, quisimos averiguar a qué unidades de hospitalización o servicios especiales correspondían las respuestas obtenidas. De las 76 encuestas recogidas: 4 corresponden al servicio de Urgencias, 22 a la de Críticos (Cuidados intensivos neonatales 12, Cuidados intensivos pediátricos 10), Nivel ambulatorio 3, Hospitalización 38 (Hemato-oncología 5, Trasplante 4, Pediatría 14, Neonatos 14), Reanimación 9 y en una no se especifica la unidad. Mostramos a continuación (tabla 6), por unidades en que procesos patológicos se indicó la no pertinencia de su valoración.

Tabla 5. Porcentajes valoración del dolor según proceso patológico

Técnicas/ Procedimientos	Siempre	A menudo	A veces	Nunca	No procede
EHO	51,3	10,5	9,2		11,8
HIC	36,8	22,4	14,5		7,9
Sepsis	40,8	22,4	13,2		5,3
Postoperatorio	75,9	3,9	1,3		5,3
P.inflamatorios	69,7	10,5	5,3		1,3
Quemaduras	73,7	2,6	1,3		6,6
Traumatismos	75	6,6	2,6		3,9
UPP	63,2	13,2	3,9		7,9

Tabla 6. Valoración del dolor en procesos patológicos por unidades

PROCESOS PATOLÓGICOS: VALORACIÓN DOLOR NO PROCEDE		
HOSPITALIZACIÓN		
Hemato-oncología	Úlceras por presión (UPP)	
Trasplantes	Hipertensión intracraneal	
Pediatría	Enfermedades Hipertensión Sepsis	Hemato-oncológicas intracraneal
Neonatología	Enfermedades Traumatismos Úlceras por presión	Hemato-oncológicas
AMBULATORIO	Todos excepto Procesos inflamatorios y Traumatismos	
URGENCIAS	Sepsis Postoperatorio Úlceras por presión	
CRÍTICOS		
Pediátricos	Ninguno	
Neonatales	Enfermedades Quemaduras	Hemato-oncológicas
REANIMACIÓN	Ninguno	

Respuesta: No procede

DISCUSIÓN

Como ya hemos expuesto en trabajos anteriores, nuestro posicionamiento como enfermeras, respecto al abordaje del dolor, pasa no sólo por asistir con nuestras intervenciones al alivio del mismo, sino que también hay que integrar los aspectos emocionales, psicológicos, socioculturales que acompañan a la vivencia e interpretación de la experiencia de enfermedad, dolor y sufrimiento de los cuidadores principales de ese niño en concreto, que en la mayoría de los casos, son sus padres. Entendemos que de esta forma contribuiremos a establecer las condiciones idóneas para rescatar de su entorno los estímulos necesarios para aprender, crecer y establecer los vínculos primordiales para su desarrollo.⁷

En la actualidad se dispone de diversas escalas con las que realizar una valoración del dolor adecuada según la etapa del ciclo vital y que son utilizadas por los profesionales de enfermería. En nuestro contexto de estudio encontramos fundamentalmente: la escala "LLANTO" ⁸ para niños entre 1 mes y 6 años y la escala analógica visual facial de Wong/Baker si se trata de niños mayores de 6 años. En el caso de recién nacidos prematuros disponemos de la Premature Infant Pain Profile (PIPP) y si se trata de nacidos a término la escala CRIES ⁹ para la valoración del dolor posoperatorio por ejemplo.

El objetivo de la pregunta incorporada al cuestionario relacionada con la valoración del dolor, era mostrar si los profesionales estiman la existencia de dolor en ciertos procedimientos, técnicas y entidades clínicas y en qué momentos lo controlan o evalúan. En este sentido señalar que han llamado nuestra atención algunos de los resultados obtenidos. Hemos encontrado que existen algunos procesos patológicos en los que no se apuntaba la pertinencia de valorar el dolor. Si relacionamos estas respuestas con las unidades en las que han sido recogidas, vemos que posiblemente no se trate de una inadecuada valoración del dolor sino que en dichas unidades, los pacientes no suelen ingresar por dichas afecciones (ver tabla 6). El análisis de los datos obtenidos con respecto a técnicas y procedimientos apunta en el mismo sentido, aunque creemos importante profundizar en las causas que subyacen en aquellos casos en los que no se valora en ningún momento del procedimiento el dolor del paciente pediátrico (ver tabla 4).

Como estudio complementario entendemos que es relevante recoger información acerca del grado de dolor que las enfermeras y enfermeros atribuyen a las diferentes técnicas y procedimientos que habitualmente realizan en su práctica asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. [Internet]. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Convención sobre los derechos del niño. Ginebra: ohchr.org; acceso 3 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
2. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado, número 157, 29-06-2010.
3. Dormandy T. El peor de los males. La lucha contra el dolor a lo largo de la historia. Madrid: Machado Grupo de Distribución S. L.; 2010.
4. IASP Taxonomy working Group. Pain Terms. Sitio Web en Internet. Acceso: 4 de noviembre de 2011. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728
5. Herdman TH. editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

6. Santamaría García JM, Arribas Cachá A, Sellán Soto MC, Vázquez Sellán A, Díaz Martínez ML, Amézcuca Sánchez A. Limitaciones en el cuidado debidas a la construcción de los diagnósticos del dolor. *Lenguaje del cuidado* 2010; 2(8): 33-4.
7. Sellán MC, Vázquez A, Díaz ML. El dolor del neonato en las unidades de cuidados intensivos: Un desafío ético para la Enfermera del S. XXI. *Paraninfo Digital [en línea]* 2008 [fecha de acceso 8 de noviembre 2011]; 4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n4/o019.php>
8. Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatr (Barc)*.2011; 74: 10-4.
9. López Castilla J D, Soult Rubio J A. Analgesia y sedación en Pediatría. *Pediatría Integral*. 2006; X (4): 267-276.

Recibido: 27 de noviembre de 2011.

Aprobado: 5 de enero de 2012.

Dra. M^a Carmen Sellán Soto. Universidad Autónoma de Madrid, España. E mail: carmen.sellan@uam.es