

Estudio descriptivo del manejo del dolor en servicios del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" de julio del 2005 a diciembre del 2006

(Management of pain in patients at the National Children's Hospital "Dr. Carlos Sáenz Herrera" from July 2005 to December 2006)

Gabriela Jiménez-Arguedas¹, Ana Yéssika Gamboa-Chaves²

Original

ISSN 1409-0090/2010/22/1/23-27
Acta Pediátrica Costarricense, ©2010
Asociación Costarricense de Pediatría

Caja Costarricense de Seguro Social, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Departamento de Pediatría, Servicios de Gastroenterología¹ y Oncología²

Abreviaturas: OMS, Organización Mundial de la Salud; HNN, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"; AINES, antiinflamatorios no esteroideos.

Correspondencia: Dra. Ana Yéssika Gamboa Chaves, Servicio de Oncología, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", correo electrónico aygamboac@yahoo.com.mx.

Resumen

Objetivo: describir el manejo del dolor en pacientes de algunos servicios del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera".

Materiales y métodos: se escogieron los servicios de infectología, cirugía general, ortopedia y hemato-oncología para efectuar la recolección de casos a partir del expediente clínico y las tarjetas de enfermería.

Resultados: En pacientes con dolor por alguna patología de fondo (n = 71) el tipo fue descrito sólo en 1 paciente. El 74.6% (n = 53) de los casos presentó un dolor agudo. En 8 pacientes no se anotó el tiempo de evolución del dolor. La intensidad no se describió en 65.7% (n = 46). No se utilizan escalas para evaluar. En el 69.6% (n = 48) se interrogó diariamente. El medicamento más utilizado fue la morfina (84.5%).

En relación con los pacientes sometidos a procedimientos (n = 29), sólo a 3 pacientes se les aplicó una dosis subóptima de sedación. En ningún caso se evaluó el dolor residual.

Conclusiones: En este trabajo se evidencia un déficit en la descripción de la semiología del dolor. Esto cobra mayor importancia en datos como tipo e intensidad que son vitales para el tratamiento correcto. El uso de analgesia y sedación a la hora de hacer procedimientos es adecuado. Se necesita mejorar el entrenamiento del personal para llevar a cabo una adecuada revaloración de los pacientes con dolor.

Descriptor: dolor, morfina, población pediátrica

Abstract

Aim: To describe acute pain management in children from different departments at the National Children's Hospital "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

Methods: Data was collected on patients from the departments of orthopedics, general surgery, infectious diseases and hematology-oncology.

Results: In patients with pain because of an underlying etiology (n=71) the type of pain was described in only 1 patient. 74.6% (n=53) had acute pain. Of these 8 had no record regarding time of onset. Intensity was not described in 65.7% (n=46). No pain scales were used. In 69.6% (n=48) pain was assessed daily. The most used drug was morphine (84.5%). 29 patients had acute procedures done; only 3 had an inadequate dose of sedatives. No patient had follow up evaluating residual pain.

Conclusions: In this study, an inadequate description of pain is seen, especially, type and intensity, both vital to choose the right therapy. The analgesia and sedation used in acute procedures was appropriate for each case. A training program for staff members needs to be done in order to provide an adequate follow up in patients with pain.

Key words: Pain, morphine, children

Dolor se puede definir 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. El mismo es siempre subjetivo y se aprende a conceptualizarlo desde los primeros meses de vida⁽¹⁾.

Los niños no tienen por qué sufrir sin alivio⁽²⁾. El dolor pediátrico involucra la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, conductuales y situacionales. Al ser multifactorial debe manejarse como tal; las terapias con analgésicos y anestésicos son esenciales para controlarlo y deben complementarse con aspectos psicosociales, físicos y de apoyo^(3,4).

El dolor agudo es uno de los estímulos adversos más comúnmente experimentados por los niños, debido a lesiones traumáticas, enfermedad y/o procedimientos médicos. Se asocia a un incremento de la ansiedad, rechazo, síntomas somáticos e incremento de la preocupación por parte de los padres. A pesar de los efectos que produce es muy frecuente que no se reconozca, o que una vez reconocido no se trate de forma adecuada⁽²⁾. Numerosos mitos, falta de conocimiento y una mala aplicación del conocimiento contribuyen al mal manejo de este importante síntoma^(4,5).

El dolor causado por el cáncer infantil es aún más complejo. Se debe tratar dentro de un contexto amplio, y de forma multidisciplinaria para poder llevar a cabo intervenciones farmacológicas y no farmacológicas⁽³⁾ las cuales forman parte integral

del tratamiento en el niño con cáncer^(8,9,10). Se pueden clasificar en las categorías de terapias de apoyo, cognitivas, conductuales o físicas⁽⁵⁾.

Una evaluación adecuada constituye la base de un tratamiento eficaz. Las normas básicas de la evaluación establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽³⁾ son:

- **EVALUAR.** Evaluar siempre el posible dolor del niño. Los niños pueden experimentarlo aunque no sean capaces de expresarlo con palabras.
- **LOCALIZAR.** Considerarlo como parte sustancial del examen físico incluyendo un repaso completo de todas las zonas del cuerpo en busca de posibles puntos dolorosos.
- **CONTEXTUALIZAR.** Considerar el impacto de factores como la familia, la asistencia sanitaria y el ambiente.
- **DOCUMENTAR.** Anotar periódicamente la intensidad en el niño. Emplear una escala de dolor que sea sencilla y apropiada tanto para el nivel de desarrollo del niño como para el contexto cultural en el que se aplica.
- **VALORAR.** Valorar la eficacia del tratamiento del dolor a intervalos regulares y modificar el plan de tratamiento según sea necesario hasta que se logre aliviar o minimizar el dolor del niño.

La focalización, calidad, intensidad y duración deben verse como importantes signos vitales, ya que los cambios en el patrón de presentación puede constituir una alerta importante en el proceso de la enfermedad. Esta valoración debe hacerse de forma continua. La valoración se realiza utilizando varios medios, como por ejemplo los auto-informes del dolor por parte del equipo médico y los padres del niño, evaluaciones fisiológicas y la observación directa⁽⁶⁾.

Los niños menores de seis años sólo saben describir la magnitud general de lo que sienten, mientras los de más edad saben también describir otros aspectos como: intensidad, carácter, localización, duración y sus variaciones en el tiempo⁽⁷⁾.

El uso de analgésicos para el manejo del dolor en niños, se basa en la escalera analgésica de la OMS (Figura 1). La elección depende de la severidad y pueden usarse fármacos desde acetaminofén hasta opioides. La meta es obtener un balance entre analgesia y efectos secundarios.

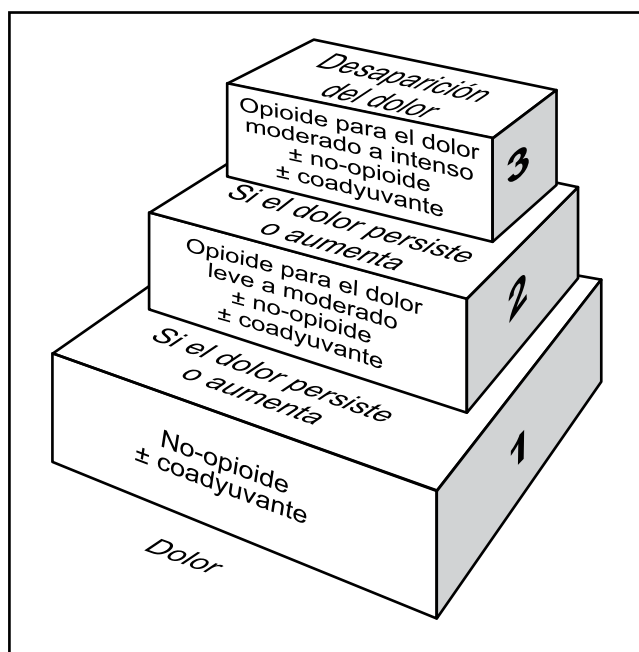


Figura 1. Escalera analgésica por peldaños de la OMS ⁽³⁾

☑ **Materiales y métodos**

Se escogieron los servicios de infectología, cirugía general, ortopedia y hemato-oncología del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera” (HNN) , porque se caracterizan por manejar patología médica y quirúrgica que puede producir dolor.

Para lograr la identificación de los casos se utilizaron el expediente clínico y las tarjetas de enfermería. Los pacientes se analizaron en dos grupos: los que fueron sometidos a sedación para procedimientos diagnósticos y los que por su padecimiento sufrían dolor o fueron sometidos a cirugía. El estudio se hizo de forma retrospectiva, descriptiva. Se recolectó información sobre los siguientes aspectos:

1. Si “Dolor” está anotado en la lista de problemas en los casos que corresponda.
2. Semiología del dolor: (según la parte subjetiva de la nota médica).
 - Tiempo de evolución del dolor: < 2 semanas, 2 a 4 semanas o > 4 semanas
 - Intensidad del dolor: leve, moderado y severo.
 - Tipo de dolor: si se describe en la nota como neuropático, visceral, somático o mixto.
3. Tiempo que transcurre antes del alivio.

4. Medicamento utilizado y dosis del mismo.

Se excluyeron los pacientes con ingresos en otros servicios y aquellos con información incompleta.

Los datos se analizaron con el paquete informático Epi info 2000. Las variables continuas fueron analizadas como medianas con sus rangos y las variables categóricas como distribuciones porcentuales.

Este protocolo fue aprobado con el número CLOBI-HNN-02-2005.

☑ **Resultados**

Después de revisar los datos de 100 pacientes, recolectados en los servicios mencionados, se identificaron 71 con dolor por patología médica o quirúrgica y 29 pacientes que fueron sometidos a procedimientos invasivos. La edad media fue de 90.7 meses (rango: 2 – 240 meses). En el primer grupo, la distribución fue la siguiente: 2.8% (n=3) eran pacientes con cáncer, 57.7% (n=41) fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos y 39.4% (n=28) tenían una patología médica (osteomielitis, drepanocitosis, celulitis y accidente ofídico, entre otras) (gráfico 1). Sólo el 5.6% de los expedientes tenía anotado el dolor como problema.

Las localizaciones descritas con mayor frecuencia fueron el abdomen y las extremidades (n=24). En 5 casos no se anotó. El tipo fue descrito sólo en un paciente que había sido valorado por cuidado paliativo como dolor mixto. El 74.6% (n=53) de los casos presentaba un tiempo de evolución menor a dos semanas. En 8 pacientes este dato no se anotó. La intensidad no se describió en 65.7% (n=46) de los pacientes. 15.7% (n=11) tenían dolor leve y sólo un 12.9% (n=9) severo. En ningún caso se utilizaron escalas para objetivarlo.

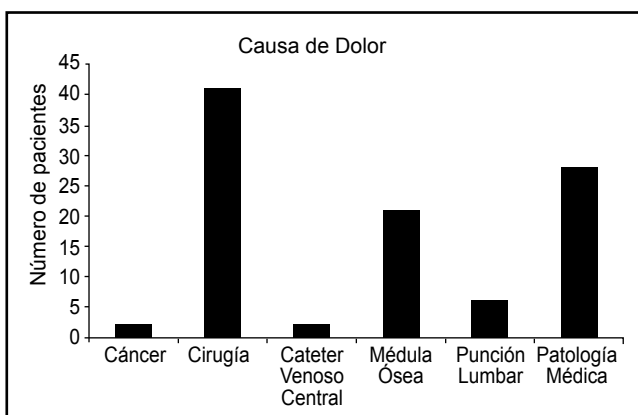


Figura 2. Distribución de acuerdo a la causa del dolor.

En el 69.6% (n=48) de los niños se interrogó diariamente sobre este problema. Al 17.4% (n=12) se les preguntó cada 48 horas. Sólo el 4.3% (n=3) se interrogó con un intervalo de tiempo mayor. El tratamiento que más se utilizó fue la morfina (84.5%) a dosis mayores o iguales a 0.1mg/Kg/dosis. Sólo 1 paciente recibió una dosis menor a lo recomendado. En segundo lugar, Tramal se usó en 8 pacientes. En un 71.8% de estos pacientes el dolor alivió en días y en 18.3% no se anota esta información.

El grupo de pacientes en los que se realizaron procedimientos dolorosos fue de 29. A estos se les hicieron 21 médulas óseas, 6 punciones lumbares y a 2 niños se les colocó un catéter venoso central. Sólo a 3 pacientes se les aplicó una dosis subóptima de sedación. En ningún caso se le dio seguimiento al dolor residual luego del procedimiento.

☑ *Discusión*

El tratamiento del dolor y el sufrimiento que genera debe ser un problema prioritario para los que realizan el manejo asistencial de los pacientes. En los centros hospitalarios pediátricos muchos son ingresados por patologías que producen dolor y son sometidos a estudios diagnósticos y terapéuticos que pueden resultar traumáticos si no se manejan de forma adecuada. Algunos estudios afirman que los adultos reciben más analgesia que los niños. Se menciona inclusive que algunos recién nacidos eran sometidos a cirugías con una anestesia mínima^(11,12,13). Hoy en día se sabe que tanto los neonatos como los niños deben recibir analgesia a dosis adecuadas.

El objetivo primordial de este estudio fue describir cómo se maneja en este momento el dolor en el Hospital de Niños.

En nuestro centro se manejan los expedientes por problemas, pero según lo investigado, en el 95.4% no estaba anotado como tal. Esto es interesante y podría servir para retomarlo en futuros trabajos de educación y sensibilización del personal a fin de que se le de un lugar de importancia y sea abordado, tratado y revalorado de forma correcta.

Otro dato que cabe resaltar es que en la nota médica no se describe de forma adecuada la semiología del dolor. Por ejemplo, en la mayoría de los casos no se describe la intensidad (65.7%) y este es un dato muy importante para decidir en qué peldaño de la escala de analgesia (según la OMS) se debe colocar al paciente.

En este momento en nuestro hospital no contamos con escalas para objetivar este síntoma. Está bien establecido que para niños mayores de 8 años se utilizan algunas similares a las de los adultos (reglas numéricas). Para pacientes entre 3-8 años se recomiendan escalas con caras o de color rojo que se vuelve más intenso^(14,15,16).

Hay un desconocimiento sumamente importante sobre el tipo del dolor. Esto se demuestra en que sólo uno de 100 tenían el dato anotado por parte de los tratantes del servicio de la Clínica de dolor y Paliativos. Corregir esta carencia de información médica es esencial porque es basándose en esta clasificación como debe ser seleccionado el analgésico. Por ejemplo, el de tipo neuropático se beneficia de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y Metadona en casos más crónicos⁽³⁾.

Los medicamentos se usaron a dosis adecuadas por el peso. Sin embargo, la mayoría de los niños se evaluaron diariamente sobre la presencia o no del síntoma. Cabe mencionar que hay casos donde la evolución se anota con intervalos mayores a 48 horas. Esto se debe mejorarse para poder llevar a cabo una intervención terapéutica eficaz. La frecuencia de las valoraciones deben hacerse en base a la severidad.

Muchos niños a la hora de realizar procedimientos fueron sedados. En el 100% de los casos se utilizaron los medicamentos adecuados a las dosis indicadas. Además se observó que luego del procedimiento no se interroga sobre dolor residual.

La mayor parte de los casos tratados corresponden a niños con dolor agudo. Dentro de este grupo tienen un lugar primordial el dolor causado por procedimientos quirúrgicos o con fines diagnósticos.

El dolor debe anotarse en la lista de problemas en el expediente clínico. Esto permitirá mejorar su abordaje terapéutico.

En este trabajo se evidencia un déficit en la descripción de la semiología. Esto cobra mayor importancia en lo que se refiere al tipo e intensidad del dolor. Estas características son vitales para el manejo correcto.

La dosis de los analgésicos y sedantes utilizados en los procedimientos es el adecuado. Pero se necesita valorar en intervalos de acuerdo a la intensidad y no olvidarse del dolor residual.

Se necesita mejorar el entrenamiento del personal para llevar a cabo un adecuado manejo de los pacientes con dolor.

Este trabajo constituye una herramienta diagnóstica que debe ser utilizada como base para futuros programas de capacitación del personal y control de calidad de los servicios que brinda nuestra institución.

☑ Referencias

1. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16: 511-525.
2. Collins J. Palliative care and the child with cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2002; 16: 657-670.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on psychosocial aspects of child and family health: task force on pain in infants, children and adolescents. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2001; 108: 793-797.
4. Hilden JM, Emanuel EJ, Fairclough DL, Link MP, Foley KM, Clarridge BC, Schnipper LE, et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology survey. *J Clin Oncology* 2001; 19: 205-212.
5. Collins JJ, Devine TD, Dick GS. The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the Memorial Symptom Assessment Scale in children aged 7-12. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 10-16.
6. Salas M, Gabaldón O, Mayoral JI, Amayra I. Evaluación de la ansiedad y el dolor asociados a procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *An Esp Pediatr* 2002; 57: 34-44.
7. Wolfe J, Friebert S, Hilden J. Caring for children with advanced cancer: Integrating palliative care. *Ped Clin N Amer*. 2002; 49: 1043-1062.
8. Hutton N. Pediatric palliative care. The time has come. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 9-10.
9. Rusy LM &, Weisman SJ. Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatr Clin North Am*. 2000; 47: 589-599.
10. Berde CB, Sethna NF. Analgesics for the treatment of pain in children. *N Engl J Med* 2002; 347: 1094-1103.
11. Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, hurt, and harm: the ethics of pain control in infants and children. *N Engl J Med* 1994; 331: 541-544.
12. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain* 1990; 41: 139-150.
13. Wong DL, Baker CM. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988; 14: 9-17.
15. Chambers CT, Giesbrecht K, Craig KD, Bennett SM, Huntsman E. A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parents' ratings. *Pain* 1999; 83: 25-35.
16. Grath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain* 1996; 64: 435-443.