



Evaluación del dolor en los niños mas vulnerables

La evaluación del dolor es ampliamente reconocida dentro de las disciplinas de atención médica pediátrica como un medio importante para guiar el diagnóstico y evaluar estrategias terapéuticas

La evaluación del dolor implica una comunicación donde la experiencia dolorosa del niño es expresada en el comportamiento, que es observado, interpretado y puesto en práctica por el médico en el contexto de una determinada situación clínica. Una mala evaluación y malinterpretación de las señales de dolor en el niño podría conducir a un diagnóstico erróneo, infra-medicación, sobre-medicación o a un tratamiento inadecuado.

La primera fuente de la que nos servimos para la evaluación del dolor, cuando está disponible es la expresión del niño. Sin embargo, los niños más vulnerables no pueden proporcionar expresiones significativas del dolor porque son muy jóvenes (neonatos, lactantes, niños pequeños), tienen déficits neurológicos o de comunicación o porque han sido sedados con fines médicos. Para estas poblaciones, la base principal de la evaluación es la observación del comportamiento del niño complementado por el conocimiento del contexto, la información de los padres y los signos fisiológicos de dolor.

Idealmente, la evaluación del dolor debería ser multidimensional y debería incluir, siempre que sea posible, la evaluación de los siguientes elementos:

- Localización del dolor: identifica la posible fuente subyacente de la enfermedad o lesión y ayuda a diferenciar el dolor localizado de aquel que es referido o generalizado. Incluso los niños muy pequeños o con discapacidades moderadas pueden ser capaces de señalar "dónde duele".
- Calidad o naturaleza del dolor: aporta una descripción cualitativa de las características sensoriales y temporales del dolor para diferenciar el tipo (nociceptivo, neuropático, vascular, s

Los niños vulnerables pueden tener dificultades para describir el dolor

- Impacto del dolor: señala el grado en el que el dolor interfiere con el funcionamiento físico y social diarios. Esta información puede ser obtenida de los padres.
- Contexto del dolor: las condiciones, los eventos y el entorno observados que influyen en la experiencia del dolor e informan de manera más completa de la interpretación de las señales y expresiones del dolor.
- Intensidad del dolor: estima el grado de severidad del dolor y es útil para identificar una medida de referencia y para evaluar las intervenciones para aliviarlo y la recuperación del mismo.

Herramientas de evaluación seleccionadas para niños que no pueden expresar la intensidad del dolor

Estos ejemplos de herramientas de observación están estructurados principalmente para calificar expresiones faciales, llanto o verbalizaciones, posturas y tono muscular o movimiento.

Neonatos lactantes y niños pequeños [1c2]:

- El perfil de dolor del niño prematuro (PIPP),
- La escala de dolor neonatal (NIPS, (también incluye elementos que califican la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno),
- La escala de dolor postoperatorio del niño preescolar (TPPPS),
- La escala facial, actividad de piernas, llanto y consolabilidad (FLACC,

Niños con deterioro neurológico [3c4c5c6]:

- Escala FLACC revisada (r-FLACC, : los proveedores de la salud pueden añadir descriptores comportamentales que identifican conductas de dolor específicas del niño, ya que muchos niños con deterioro neurológico tienen maneras idiosincrásicas de respuesta al dolor.
- Escala de calificación numérica individualizada (INRS, : complementa las calificaciones globales de 0 a 10 con las descripciones de los padres de las conductas de dolor específicas del niño.
- El perfil de dolor pediátrico (PPP, : incluye observaciones físicas y elementos funcionales (por ejemplo, rechazo del alimento, trastornos del sueño, ver www.sppprofiles.org/suk,
- Listado de verificación del dolor revisado de niños con incapacidad para la comunicación (NCCPC-R, : listado de verificación para evaluar a niños de 3-18 años con discapacidades

cognitivas o de comunicación

Niños que están sedados o impedidos [7]:

- Escala COMFORT: incluye evaluaciones de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea
- COMFORT-Comportamiento (COMFORT-B, : omite elementos fisiológicos

Consideraciones de evaluación [8]:

- Las escalas observacionales de dolor no diferencian la ansiedad debida al dolor de otras fuentes de ansiedad o angustia como alteraciones fisiológicas o el miedo
- Los parámetros fisiológicos (por ejemplo: frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, varían en respuesta al dolor pero son menos específicos y fiables como indicadores de dolor que los comportamientos observados
- Las decisiones terapéuticas deben considerar todos los aspectos de la evaluación y las potenciales fuentes de ansiedad incluyendo factores fisiológicos, de desarrollo y psicosociales
- Los puntos de corte de las escalas de dolor no son apropiados para guiar las decisiones terapéuticas porque pueden conducir a sobre o infra medicacións
- Los cambios en las puntuaciones de intensidad del dolor, comportamientos de dolor observados, respuestas al tratamiento y el funcionamiento del niño son usados en combinación para informar sobre las decisiones de tratamiento
- Si bien las medidas específicas de las interferencias o de la función del dolor no se han limitado a las pruebas en los grupos de niños más vulnerables, las observaciones simples que incluyen recuperación del apetito, actividades funcionales de rutina, interacciones sociales y características del sueño se pueden evaluar fácilmente mediante una entrevista a los padres o la observación directas
- Los pacientes críticos serán incapaces de demostrar respuestas sólidas al dolor o respuestas de comportamiento sostenidos

CONCLUSIÓN:

Los enfoques clínicos que se resumen aquí pueden ayudar a encuadrar la evaluación del dolor para los niños más vulnerables Sin embargo, como los Dress Berde y McGrath han enfatizado: "Sigue siendo un arte clínico combinar la expresión de los pacientes, la observación del comportamiento y los datos fisiológicos con la historia, el examen físico, la información de laboratorio y el contexto clínico general para guiar los juicios clínicos y las intervenciones terapéuticas [9]"

REFERENCIAS

- [1] Lee GY, Stevens BJs Neonatal and infant pain assessments Chaps 35 in McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT (Eds), Oxford Textbook of Paediatric Pain, 2014, pps 353-369s Oxford, UK: Oxford University Press
- [2] Crellin DJ Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability tool in infants and children: is it reliable, valid, & feasible for use? Pain 2015;156:1232-51s
- [3] Crosta QR, Ward TM, Walker AJ, Peters LMs A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairments J Spec Pediatr Nurs 2014 Apr;19(2):109-18s
- [4] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait ARs The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairments Paediatr Anaesths 2006;16(3):258-265s
- [5] Pedersen LK, Rahbek O, Nikolajsen L, Moller-Madsen Bs The revised FLACC score: Reliability and validation for pain assessment in children with cerebral palsys Scand J Pains 2015;9(1):57-61s
- [6] Solodiuk JC, Scott-Sutherland J, Meyers M, et als Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disabilities Pains 2010;150(2):231-236s
- [7] Dorfman TL, Sumamo Schellenberg E, Rempel GR, Scott SD, Hartling Ls An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic reviews Int J Nurs Stud 2014;51(4):654-676s
- [8] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait ARs inappropriate opioid dosing and prescribing for children: An unintended consequence of the clinical pain score? JAMA Pediatr 2017;171(1):5-6s
- [9] Berde C, McGrath Ps Pain measurement and Beecher's challenge: 50 years later Anesthesiology 2009;111(3):473-474s

AUTOR

Terri Voepel-Lewis, PhD, RN

Associate Professor School of Nursing

Associate Research Scientist in Anesthesiology University of Michigan

Ann Arbor, Michigan

Carl L von Baeyer, PhD, Professor Emeritus

Department of Psychology University of Saskatchewan,

Saskatoon, Canada

REVISORES

Antonio Milla, MD

Residente de anestesiología y reanimación

Hospital regional Universitario de Málaga

Málaga, Andalucía, España

Alex Barroso, PhD

Facultativo especialista en anestesiología y reanimación

Hospital regional Universitario de Málaga

Málaga, Andalucía, España

Sobre la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP® (International Association for the Study of Pain)

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, práctica, y educación en el campo del dolor. [La suscripción se encuentra abierta a todos los profesionales](#) involucrados en la investigación, diagnóstico, o tratamiento del dolor. La IASP cuenta con más de 7,000 miembros en 133 países, 90 capítulos internacionales, y 22 Grupos de Especial Interés.

Sobre la Federación Europea de Dolor EFIC® (European Pain Federation)

La Federación Europea de Dolor EFIC es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la medicina del dolor y su investigación, que consiste en 37 Capítulos Europeos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) y que representa a unos 20,000 médicos, enfermeras, científicos, psicólogos, fisioterapeutas y a otros profesionales de la salud involucrados en la medicina del dolor.

Como parte del Año Global contra el Dolor en los más vulnerables, la IASP Y EFIC ofrece una serie de hojas informativas que cubren tópicos específicos relacionados con el dolor. Estos documentos han sido traducidos a múltiples idiomas y se encuentran disponibles para su descarga gratuita. Para mayor información visite [GYAP Page](#) y [EYAP Page](#).