

Opinión de los pediatras sobre el dolor infantil

I. Riaño Galán, B. Mayoral González¹, G. Solís Sánchez², G. Orejas Rodríguez-Arango, S. Málaga Guerrero³

Resumen. *Objetivo:* Valorar la sensibilidad y los conocimientos de un colectivo de pediatras sobre del manejo del dolor infantil.

Sujetos y métodos: Estudio descriptivo realizado a través de encuesta por correo a los 686 miembros de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. La encuesta contiene 95 preguntas dirigidas a investigar si los profesionales consideran que tienen adecuados conocimientos sobre el dolor, sensibilidad ante el mismo, destreza en su objetivación y práctica clínica habitual en su manejo.

Resultados: Se recibieron 157 encuestas contestadas (23%). La formación recibida para el manejo del dolor es considerada escasa o inexistente en el 90% de las respuestas. El 69% cree que tiene conocimientos adecuados para el manejo del dolor agudo y el 12% para el manejo del dolor crónico. El 65% manifiesta desconocer métodos de valoración del dolor. El 82% nunca ha aplicado ninguno. El 42% asegura no conocer ninguna directriz para el manejo del dolor en niños, y al 75% le parecerían útiles para la práctica clínica diaria. En la práctica clínica, el 42% valora que atiende el dolor de forma poco o nada satisfactoria. Un alto porcentaje considera necesaria la analgesia previa a la realización de algunos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (punción lumbar, canalización venosa, punción arterial y otros), con diferencias significativas según grupos de edad, sexo y lugar de trabajo de los encuestados. El fármaco más empleado en el tratamiento del dolor agudo leve es el paracetamol (88%), para el dolor agudo intenso, el metamizol (58%) y para el dolor crónico intenso, el paracetamol-codeína (37%). Sólo el 48% afirma haber utilizado opioides para el tratamiento del dolor.

Conclusiones: Parece existir un exceso de confianza en los pediatras encuestados respecto a sus habilidades para el tratamiento del dolor agudo, si bien reconocen escasa formación para su valoración con consecuencias prácticas en el manejo del mismo. El empleo de opioides es muy bajo. Se necesita formación acerca del tratamiento del dolor en niños.

An Esp Pediatr 1998;49:587-593.

Palabras Clave: Dolor infantil; Analgesia.

PEDIATRICIANS AND THEIR OPINION ABOUT CHILDHOOD PAIN

Abstract. *Objective:* The objective of this study was to evaluate the current sensibility and knowledge of pediatricians regarding the issue of pediatric pain assessment and management.

Servicio de Pediatría del Hospital Narcea (Cangas del Narcea), ¹Centro de Salud de Moreda, ²Hospital de Cabueñes (Gijón), ³Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo).

Correspondencia: Isolina Riaño Galán, C/Fuertes Acevedo 96, 6º A. 33006 Oviedo

Recibido: Abril 1998

Aceptado: Septiembre 1998

Patients and methods: In October 1996 we conducted a mail survey of all 686 members of the Asturias, Cantabria and Castilla y León Pediatric Society. Physicians were asked to complete and return a confidential 95-item questionnaire.

Results: One hundred fifty-seven (23%) of eligible physicians responded. Ninety percent of the respondents agreed they had insufficient training in pain management. Sixty-nine percent thought their knowledge to deal with acute pain was adequate. Only 12% admitted to having enough background to treat chronic pain. Sixty-five percent of the respondents admitted to know no method at all for pain evaluation, while 82% had never applied any in their clinical practice. About half the respondents (42%) did not know any guidelines for the management of pediatric pain, although 75% considered they would be very useful. A high percentage of pediatricians answered that analgesia was required before performing certain diagnostic or therapeutic procedures (lumbar puncture, venous canalization, arterial puncture and others), but differences in relation to age, sex and clinical setting of the physicians were detected in these responses. The most used drug for the treatment of moderate acute pain is acetaminophen (88%), for severe acute pain metamizol (58%) and for severe chronic pain acetaminophen-codeine (37%). Only 48% admitted to having used opioids.

Conclusions: Pediatricians in this society seem to be too confident about the topic of acute pain management in their patients, even though they report a lack of training which could influence the quality of the care they are offering to their patients. Opioid use is very low. Training in childhood pain management is needed.

Key words: Pediatric pain. Pain assessment. Analgesia.

Introducción

El interés sobre el estudio del dolor en los niños y su manejo ha aumentado en los últimos años⁽¹⁻³⁾. Se sabe que ante procedimientos diagnósticos y terapéuticos semejantes a los efectuados en adultos, los niños no reciben tratamiento específico para el dolor o lo reciben en una escala claramente inferior⁽⁴⁾. Sin embargo, investigaciones recientes sugieren un cambio en las actitudes y una mejoría en el manejo actual del dolor infantil^(5,6).

La mayoría de los estudios publicados hasta la fecha se centran en áreas muy específicas. Así, se constata un gran aumento de la sensibilidad hacia el tratamiento adecuado del dolor pediátrico en el campo de la cirugía⁽⁷⁻⁹⁾ o en el manejo del niño oncológico⁽¹⁰⁾ o del niño críticamente enfermo^(11,12). No obstante, el dolor moderado o la ansiedad acompañantes de muchos procesos agudos (cólicos del lactante, erupción dental, amigdalitis, otitis, traumatismos, picaduras de insectos, dolor postex-

tracción dental y quemaduras) y crónicos (dolor abdominal recurrente, cefaleas crónicas, artritis reumatoide y dolor de origen canceroso) o en la práctica habitual de ciertas técnicas (punción venosa para extracción sanguínea, punción arterial, inserción de un catéter intravenoso, aspirado de médula ósea y punción lumbar) no han recibido suficiente atención. De hecho, muchos niños con enfermedades crónicas refieren el dolor de las intervenciones médicas, como la peor parte de su enfermedad⁽¹⁰⁾.

En este estudio hemos valorado la sensibilidad y los conocimientos que los pediatras y cirujanos infantiles de nuestro entorno muestran acerca del manejo del dolor pediátrico.

Sujetos y métodos

Población a estudio. La población estudiada estaba constituida por los 686 miembros de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, que incluye residentes de pediatría y de cirugía infantil, pediatras de Atención Primaria, pediatras hospitalarios y cirujanos infantiles.

Diseño del cuestionario. Un cuestionario anónimo, auto-complimentado fue diseñado tras extensa discusión entre los firmantes de este trabajo, que representan, tanto la perspectiva del hospital de referencia, del hospital comarcal, como de la Atención Primaria. Posteriormente, la encuesta fue sometida a la crítica de expertos en el tema del dolor infantil. En total el tiempo estimado para la respuesta completa de la encuesta fue de un máximo de 30 minutos. Pediatras ajenos a la elaboración de la encuesta la contestaron de forma piloto para comprobar la claridad de la misma. El cuestionario final contiene 95 preguntas (93 cerradas) de las cuales 24 van dirigidas a investigar si los profesionales consideran que tienen adecuados conocimientos para el manejo del dolor, 36 a valorar la sensibilidad ante el mismo, 7 a estudiar la destreza en su objetivación y 22 a objetivar la práctica clínica habitual. Finalmente, 6 preguntas recogen datos de filiación de los entrevistados (edad, sexo, año de licenciatura, lugar de trabajo y actividad profesional). Para la evaluación de la intensidad del dolor asociado a la práctica de catorce procedimientos se emplearon preguntas de escala de puntuación de 0 (considerado no dolor) hasta 10 (dolor máximo).

Administración del cuestionario. El cuestionario fue enviado por correo ordinario en octubre de 1996, a cada miembro de la Sociedad acompañado de una carta personalizada firmada por el presidente de la misma. Sobres ya sellados con la dirección impresa del investigador principal fueron incluidos en el envío para facilitar la devolución de las contestaciones. Ningún código u otra información fue incluida con el fin de asegurar el anonimato de los entrevistados.

Análisis. Las diferencias entre las frecuencias de las respuestas de los distintos subgrupos de pediatras fueron investigadas con la prueba de Chi cuadrado. Por métodos de regresión logística y lineal múltiple se descartó la presencia de efecto de "confusión" ocasionado por las variables sexo, edad y profesión, siendo los resultados expresados los correspondientes al análisis univariante. La comparación de medias se efectuó con la prueba

Tabla I Características de la muestra

	N	%
Encuestas		
Enviadas	686	100
Recibidas	157	23
Edad		
Media (DE)	41 (9,6)	
Mediana (rango)	38,5 (25-66)	
Menor o igual a 45 años	105	67
Mayor de 45 años	49	31
No contestan	3	2
Sexo		
Hombre	81	52
Mujer	73	46
No contestan	3	2
Tienen hijos		
Sí	104	66
No	52	33
No contestan	1	0,6
Lugar de trabajo		
Hospital de Tercer Nivel	37	24
Hospital de Segundo Nivel	23	15
Hospital comarcal	10	6
Centro de Salud	75	48
Ambulatorio	11	7
No contesta	1	0,6
Actividad profesional		
Pediatra Atención Primaria	86	55
Pediatra Hospitalario	50	32
MIR de Pediatría	18	11
Cirujano Infantil	1	0,6
Investigación	1	0,6
No contesta	1	0,6

de Student para grupos independientes. Estos procedimientos estadísticos se efectuaron mediante el paquete RSIGMA (Horus Hardware, 1990). Se consideró significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados

Se recibieron 157 encuestas contestadas (23% de las enviadas). En la tabla I se recogen las principales características de los datos de filiación de los profesionales que respondieron a la encuesta. Para el análisis de los datos se dividió la muestra en grupos según edad (más de 45 años y menos o igual a 45 años), sexo y tipo de asistencia pediátrica (hospitalaria y Atención Primaria). El porcentaje global de hombres y mujeres fue similar, si bien en el grupo de más de 45 años las mujeres sólo representaban el 31% (15 mujeres y 34 varones, $p < 0,01$). Dentro del grupo de pediatras hospitalarios respondedores se encontró un predominio de varones (65% vs 35% mujeres, $p < 0,05$).

1. Conocimientos. - La formación recibida para el manejo del dolor es considerada escasa o inexistente en el 90% de las respuestas, sin encontrar diferencias por grupos de edad, sexo ni lugar de trabajo.

Tabla II Respuesta acerca de mitos comunes (resultados expresados en porcentajes)

	Global (%)	≤ 45 años (%)	> 45 años (%)	p
La intensidad del dolor experimentado es menor en prematuros y neonatos que en niños mayores	V 40 F 60	47 53	65 35	NS < 0,05
La experiencia de dolor es similar en todas las edades	V 60 F 40	53 36	49 24	NS NS
La experiencia de dolor es menor en niños que en adultos	V 13 F 87	7 73	16 47	NS < 0,01
El dolor está muy influenciado por factores psicológicos	V 90 F 10	89 10	78 10	NS NS
El dolor es proporcional al tamaño de la lesión	V 12 F 88	8 92	20 73	< 0,05 < 0,01
El niño pequeño no tiene memoria del dolor	V 5 F 95	5 93	6 82	NS NS
El niño adquiere adicción a los opiáceos más fácilmente que los adultos	V 16 F 84	10 79	18 65	NS NS
Los padres minusvaloran el dolor de los niños	V 42 F 58	39 60	45 49	NS NS
Las enfermeras sobrevaloran el dolor de los niños	V 8 F 92	9 90	6 88	NS NS
Los médicos sobrevaloran el dolor de los niños	V 3 F 97	3 96	2 92	NS NS
El alivio del dolor no influye en la evolución de la enfermedad de base	V 17 F 83	10 88	24 65	< 0,05 < 0,01
El dolor no aliviado puede tener influencia en la personalidad adulta del niño	V 86 F 14	85 13	78 10	NS NS
Soportar estoicamente el dolor puede ser positivo para formar el carácter del niño	V 7 F 93	5 93	8 82	NS NS
El alivio del dolor en los niños muy pequeños no es importante, pues no tienen memoria del dolor	V 3 F 97	1 97	4 84	NS < 0,05
A cada proceso le corresponde una "cantidad" de dolor independiente de lo que el niño manifiesta	V 17 F 83	13 83	22 61	NS < 0,01
Los niños suelen fingir o "utilizar" el dolor para obtener ventajas	V 52 F 48	44 50	59 35	NS NS
En algunas ocasiones, aliviar el dolor puede ser más perjudicial para el niño que el propio dolor	V 29 F 71	29 68	27 59	NS NS

(V: verdadero; F: falso). NS: no significativa la comparación por grupos de edad.

El 69% estima que tiene conocimientos adecuados para el manejo del dolor agudo. Por edades, el 53% de los mayores de 45 años y el 79% de los menores o iguales a dicha edad consideran tener dichos conocimientos ($p < 0,01$). No se observan diferencias por sexo ni por lugar de desarrollo de la actividad profesional.

El 88% considera que no tiene conocimientos adecuados para el manejo del dolor crónico, no existiendo diferencias significativas por grupos de edad, ni sexo ni entre pediatras de Atención Primaria y hospitalarios.

El 35% manifiesta conocer algún método de valoración del dolor. Entre los pediatras hospitalarios el 42% afirman conocer algún método de valoración del dolor frente al 28% de los de Atención Primaria, sin que la diferencia alcance significación estadística. El 24% de los pediatras mayores de 45 años dicen conocer métodos de valoración frente a un 40% del grupo más joven ($p < 0,05$). No se observan diferencias por sexo.

El 42% asegura no conocer ninguna directriz para el manejo del dolor en niños. Al 75% le parecerían útiles para la práctica clínica diaria. El 64% del grupo de pediatras más jóvenes conocen alguna directriz frente al 41% del grupo de mayores ($p < 0,01$). No se detectan diferencias por sexo ni por lugar de trabajo.

En la tabla II se presentan las respuestas a diversos mitos acerca del dolor. Se expresan las respuestas globales y en relación a la edad. No se observan diferencias significativas en las respuestas por sexo o lugar en el que desarrollan su actividad profesional en las respuestas a los enunciados de la tabla II, salvo en los tres siguientes. Un 43% de los pediatras de Atención Primaria y un 61% de los hospitalarios estiman que la intensidad del dolor que experimentan los niños es similar en todas las edades ($p < 0,05$). El 78% de los pediatras de Atención Primaria frente al 96% de los que prestan su asistencia en hospitales consideran falso que el dolor sea proporcional al tamaño de la lesión ($p < 0,001$). El 20% de pediatras de Atención Primaria y el 7% de los hospitalarios afirman que el niño adquiere adicción a opiáceos más fácilmente que los adultos ($p < 0,05$).

2. Sensibilidad.- El 97% de los encuestados cree imprescindible o importante la valoración del dolor en el enfermo pediátrico. El 85% de las pediatras mujeres consideran que es muy importante evitar, en lo posible, el dolor en el niño frente al 69% de los pediatras varones ($p < 0,05$).

En la práctica clínica, el 55% del global valora que atiende el dolor de forma satisfactoria, el 42% de forma poco o nada satisfactoria y el 2% no lo considera. No se detectan diferencias según el sexo ni la edad. Los pediatras extrahospitalarios se sienten algo más satisfechos que los que trabajan en el ámbito hospitalario de la atención del dolor que ofrecen a sus pacientes (60% vs 44%) aunque la diferencia no alcanza significación estadística.

La figura 1 recoge la valoración de la intensidad de dolor que atribuyen a la realización de diversos procedimientos, según una escala de 0 (no dolor) a 10 (dolor máximo). Se observan diferencias significativas de valoración del dolor asociados a algu-

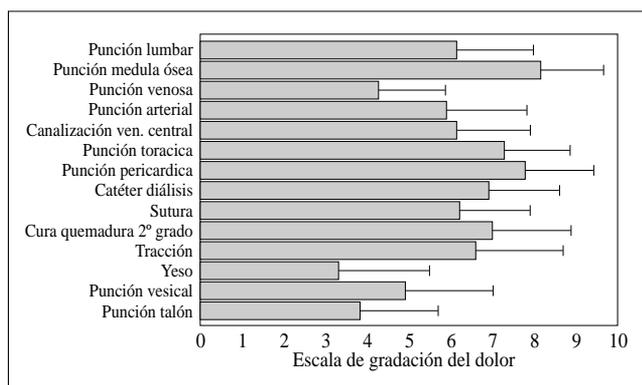


Figura 1. Valoración del dolor en distintos procedimientos (expresado como media y DE), según escala de 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor).

nos de esos procedimientos, según el sexo del encuestado (hombre vs mujer): punción arterial ($5,58 \pm 1,89$ vs $6,24 \pm 1,81$, $p < 0,05$), canalización venosa central ($5,59 \pm 1,71$ vs $6,59 \pm 1,81$, $p < 0,001$), punción torácica ($6,90 \pm 1,57$ vs $7,80 \pm 1,43$, $p < 0,01$), punción pericárdica ($7,29 \pm 1,72$ vs $8,29 \pm 1,41$, $p < 0,001$), colocación de catéter de diálisis ($6,48 \pm 1,73$ vs $7,31 \pm 1,68$, $p < 0,01$) y curas de quemaduras de 2º grado ($6,65 \pm 1,98$ vs $7,37 \pm 1,74$, $p < 0,05$). Igualmente, existen diferencias significativas según la edad (pediatras de 45 años o menos vs pediatras mayores de 45 años) en la valoración del dolor asociado a la punción arterial ($6,25 \pm 1,77$ vs $5,02 \pm 1,87$, $p < 0,001$) y la punción en el talón ($4,11 \pm 1,81$ vs $3,24 \pm 2,23$, $p < 0,05$) y según el lugar de trabajo (pediatras de Atención Primaria vs pediatras hospitalarios) en la punción lumbar ($6,61 \pm 1,69$ vs $5,61 \pm 1,89$, $p < 0,001$) y en la punción de médula ósea ($8,95 \pm 1,46$ vs $7,85 \pm 1,66$, $p < 0,05$).

La recomendación por parte de los pediatras encuestados de algún tipo de analgesia previa a la realización de diversos procedimientos, se muestra en la tabla III.

3. Objetivación del dolor.- El 82% de los entrevistados reconocen no haber aplicado nunca ningún método de valoración del dolor. El 91% de los pediatras de Atención Primaria versus el 75% de los hospitalarios ($p < 0,01$) no ha aplicado ningún método para valorar el dolor de sus pacientes. No se detectan diferencias por sexo ni por edad.

El 64% de pediatras encuestados admiten que se sienten incapaces de realizar un seguimiento fiable del dolor infantil, independientemente de los grupos de edad, sexo o lugar de trabajo.

4. Práctica clínica habitual.- El 98% de los pediatras considera necesario explicar al niño, el procedimiento que se le va a realizar a partir de los 3-4 años (media 3,7; DS 1,6 años), con un rango que va de 0 a 10 años. No se observan diferencias por edad, sexo o lugar de trabajo.

La tabla IV muestra los fármacos más empleados para el tratamiento del dolor leve, agudo intenso y crónico intenso por los pediatras que respondieron a nuestra encuesta.

El ácido acetil salicílico es significativamente más usado pa-

ra el tratamiento del dolor leve, por el grupo de pediatras de más edad que por los jóvenes (61% vs 36% , $p < 0,01$) y más por los pediatras de Atención Primaria que por los hospitalarios (51% vs 35% , $p < 0,05$).

El grupo de pediatras mayores de 45 años parece preferir el uso de paracetamol-codeína para el dolor agudo intenso más frecuentemente que el grupo de pediatras jóvenes (45% vs 23% , $p < 0,01$). Los pediatras más jóvenes se decantan más por la indicación de otros AINE en contraste con los de más edad (18% vs 6% , $p < 0,05$).

Para el tratamiento del dolor crónico intenso, no se observan diferencias entre los grupos.

El 48% de los pediatras reconoce no haber utilizado nunca derivados morfínicos para el tratamiento del dolor de un niño. Este porcentaje aumenta al 63% en el grupo de pediatras de Atención Primaria frente al 30% de los que trabajan en hospitales ($p < 0,001$). No hay diferencias por sexo ni por edad. Entre los opiáceos que refieren haber empleado, la morfina representa el 33%, la codeína el 30%, el fentanilo el 17%, la meperidina el 10%, el tramadol el 5%, la buprenorfina el 3% y por último, la pentazozina el 2%. Al 46% de pediatras les preocupa el riesgo de adicción a opiáceos, independientemente de su edad, sexo o medio de trabajo.

En las preguntas abiertas, un 18,5% de los encuestados manifiesta su satisfacción por la encuesta, demandando apoyo para mejorar su formación para la valoración y manejo del dolor infantil.

Discusión

Las características de la muestra de pediatras que han cumplimentado la encuesta consideramos que representan al conjunto de pediatras de nuestro ámbito con un predominio de pediatras mujeres en las nuevas generaciones, así como una mayor presencia de profesionales jóvenes en Atención Primaria. El índice de respuesta obtenido es bajo, lo que puede deberse al hecho de haber remitido un solo envío del cuestionario y que el tiempo de cumplimentación del mismo no es demasiado breve. No se planificaron nuevos reenvíos para asegurar la absoluta confidencialidad de las respuestas.

A pesar de que los conocimientos actuales demuestran la falsedad de muchos mitos⁽¹⁻³⁾, nuestros resultados sugieren que el cambio de actitudes ante el dolor infantil es aún lento y urge una mejora real en la formación y aplicación práctica del pediatra que ha de tratar el dolor de los niños. Algunos programas desarrollados específicamente para un manejo adecuado del dolor en unidades hospitalarias pediátricas ponen de manifiesto el interés de mejora, pero también las dificultades reales para el cambio de hábitos y actitudes⁽¹³⁾.

Los clínicos carecen de conocimientos para el tratamiento del dolor, como queda de manifiesto en nuestro estudio. Las lagunas en la formación, especialmente para el manejo del dolor crónico, son realmente llamativas. Apenas uno de cada 10 pediatras considera tener conocimientos para un adecuado manejo del dolor crónico. Estas carencias son aún más acusadas en

Tabla III Recomendación de analgesia previa a la realización de algunos procedimientos (global, por grupos de edad, por sexo y por lugar de trabajo), expresado en porcentajes

Procedimiento	Global (n=157)	≤ 45 años (n=105)	>45 años (n= 49)	Hombre (n=81)	Mujer (n=73)	Atención Primaria (n=86)	Hospitalario (n=71)
Punción lumbar	51	51	39	42	53	49	45
Punción médula ósea	95	95	78**	85	95 *	87	93
Punción venosa	8	8	6	7	7	3	11
Punción arterial	29	35	8 ***	19	36 *	27	25
Punción talón	6	8	2	7	4	6	6
Canalización venosa Central percutánea	73	71	51*	53	78 ***	59	72
Punción torácica	94	90	80	83	90	87	86
Punción pericárdica	95	90	76*	79	93 **	84	89
Colocación catéter diálisis peritoneal	90	82	71	74	84	71	86 *
Sutura herida cutánea	74	71	59	62	74	62	76 *
Curas quemaduras 2º grado	75	71	59	59	77 *	59	77 *
Tracción en fracturas	80	79	61*	69	78	72	73
Colocación de yeso	9	10	2 *	7	8	6	10
Punción vesical	35	37	20*	31	33	34	30

Significación estadística de las comparaciones entre grupos: * :p< 0,05; **: p < 0,01; ***: p < 0,001.

Tabla IV Fármaco empleado inicialmente en el tratamiento de un niño con dolor leve, agudo intenso y crónico intenso (posibilidad de respuesta múltiple)

Fármaco	Dolor Leve		Agudo intenso		Crónico intenso	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Acido acetil salicílico	69	(45)	23	(15)	16	(12)
Paracetamol	135	(88)	29	(19)	24	(18)
Paracetamol-codeína	3	(2)	46	(30)	49	(37)
Metamizol (dipirona)	2	(1)	89	(58)	37	(28)
Otros AINE	7	(4)	23	(15)	31	(24)
Morfina o otros opiáceos	0	(0)	7	(5)	38	(30)
Antidepresivos tricíclicos	-	-	0	(0)	4	(3)

las generaciones mayores. Por otra parte, tampoco se sabe cómo reconocer el dolor en el niño. Dos tercios manifiestan no conocer ningún método de valoración del dolor. A pesar de ello, la población encuestada manifiesta un exceso de confianza respecto a sus habilidades para afrontar el tratamiento del dolor agudo (el 69% declaran tener conocimientos adecuados para el manejo de dicho dolor).

Las decisiones médicas se basan en datos objetivos y el dolor es una experiencia subjetiva. Se tiende a minimizar el dolor infantil, quizás por una noción equivocada de que existe una "cantidad correcta" de dolor (según el 17% de nuestras respuestas), ignorando la experiencia individual de cada enfermo⁽¹⁴⁾.

Aún un 40% de los pediatras que respondió nuestro cuestionario minusvalora el dolor de los prematuros y neonatos, aunque se conoce que hacia la 29 semana de gestación ya están bien desarrolladas las vías y centros corticales y subcorticales implicados en la percepción del dolor, así como los sistemas neurológicos para la transmisión y modulación de sensaciones dolorosas⁽¹⁵⁾. Por el contrario, la inmadurez del sistema nervioso central condiciona una mayor indefensión ante la agresión dolorosa y una mayor dependencia de un adecuado manejo analgésico para evitar las consecuencias adversas del dolor, a corto e incluso largo plazo^(15,16). Sencillos procedimientos, tales como la administración de una solución azucarada parecen eficaces para reducir el dolor agudo leve o moderado asociado a técnicas habituales en neonatos⁽¹⁷⁾.

El seguimiento del dolor en niños es complejo. Casi dos tercios de los pediatras de nuestro estudio se sienten incapaces de realizar un seguimiento fiable del mismo. Llama la atención que sólo 2 de cada 10 pediatras hayan aplicado algún método de valoración del dolor en alguna ocasión. No obstante, el dolor infantil puede seguirse a través de indicadores fisiológicos, mediante observación sistemática de la conducta y por lo que relata el propio niño⁽¹⁸⁾. El pediatra debe usar estrategias para observar la sensibilidad del niño y seguir su estado objetivamente^(2,19). Desde los 5 años, los niños son narradores fiables de su propia experiencia de dolor. Niños con cáncer valoraron la intensidad del dolor asociado a la realización de diversos procedimientos invasivos en una escala de cero (no dolor) a cinco (máximo dolor imaginable) puntuando la punción lumbar 3,7 y la

punción de médula ósea 4,5⁽²⁰⁾.

Las mujeres, en comparación con sus colegas masculinos, demuestran una mayor sensibilidad hacia el dolor de sus pacientes pediátricos, reflejada en que valoran como más dolorosos la mayoría de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y consiguientemente, indican con mayor frecuencia analgesia previa a la realización de los mismos (tabla III). Como era de esperar, sin embargo, no se observan diferencias en cuanto al grado de conocimientos según el sexo.

La utilización de opioides en el dolor agudo intenso y en el dolor crónico intenso es muy baja, como queda de manifiesto en la tabla IV. Menos de la mitad de los pediatras encuestados afirma haber empleado alguna vez opioides para el tratamiento del dolor en el niño.

Los pediatras hospitalarios han prescrito opiáceos con mayor frecuencia, lo cual parece lógico en relación con el tipo de patología de sus pacientes. No obstante, los posibles efectos secundarios, en especial la depresión o parada respiratoria asociada con los opiáceos y el riesgo de adicción continúan siendo objeto de especial preocupación. No existen datos que apoyen una mayor susceptibilidad de los niños sobre los adultos y, si los analgésicos son administrados correctamente, el riesgo de adicción es mínimo^(2,15,21).

Otras posibles justificaciones para el infratratamiento del dolor pediátrico, como considerar que enmascarar el dolor podría oscurecer signos físicos y perjudicar más al niño, o que el dolor contribuye al desarrollo del carácter⁽²²⁾, aún persisten en algunas de las respuestas, si bien en escaso número.

El alivio del dolor es uno de los objetivos de la medicina⁽²³⁾. Ya en el código hipocrático aparece el principio de no maleficencia, explicitado no sólo en forma negativa como la obligación de no causar daño, sino positivamente como la obligación de evitarlo⁽²⁴⁾. Puesto que el dolor es evidentemente un daño, la no evitación del dolor en la medida de lo posible, podría ser considerado desde el punto de vista ético como un acto de mala praxis.

Concluimos afirmando nuestra responsabilidad ética de tratar de aliviar el dolor en los niños a menos que beneficios terapéuticos definidos lo justifiquen. Nuestro estudio muestra que existe un exceso de confianza respecto a sus habilidades para afrontar el dolor agudo entre los pediatras de nuestro medio, junto con una reconocida escasa formación con consecuencias prácticas en el manejo del mismo. Actualmente, se dispone de guías para el manejo adecuado del dolor infantil^(19,21,25-28). No obstante, parece que por sí solas no modifican la conducta de los clínicos, siendo precisas otras medidas⁽²⁹⁾. Por ello, consideramos necesaria la incorporación a las actividades docentes de pre y postgrado la formación específica acerca del tratamiento del dolor en niños. La organización de cursos y/o seminarios sobre analgesia y sedación mejoraría la calidad de nuestra asistencia pediátrica.

Agradecimientos

Al Dr. Valdivielso por sus comentarios y aportaciones en la elaboración de la encuesta. A los socios de la SCALP por su

participación y a la Junta Directiva de la SCALP por su respaldo y financiación del estudio.

Bibliografía

- 1 Goldman A, Lloyd-Thomas AR. Pain management in children. *Br Med Bull* 1991; **47**:676-689.
- 2 Muriel Villoria C, Madrid Arias JL. Dolor en niños. En: Estudio y Tratamiento del dolor agudo y crónico. ELA, Madrid; 1994. p. 1117-1150.
- 3 Marco J, Martín-Santana J, Baños JE. Dolor pediátrico. En : Aliaga L, Baños JE, de Barutell C et al, eds. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. Barcelona: Editorial MCR; 1995. p. 239-257.
- 4 Schechter NL. The undertreatment of pain in children: an overview. *Pediatr Clin North Am* 1989; **36**:781-794.
- 5 Johnston CC, Abbott FV, Gray-Donald K et al. A survey of pain in hospitalized patients aged 4-14 years. *Clin J Pain* 1992; **8**:154-163.
- 6 Emory MP, Norman CC, Jan K. Tratamiento del dolor en el servicio de urgencias: patrones de utilización de analgésicos. *Pediatrics* (ed. Esp.) 1997; **43**:335-339.
- 7 Howard R. Preoperative and postoperative pain control. *Arch Dis Child* 1993; **69**:699-703.
- 8 Lawrie SC, Forbes DW, Akhtar TM, Morton NS. Patient-controlled analgesia in children. *Anaesthesia* 1990; **45**:1074-1076.
- 9 Tesler MD, Wilkie DJ, Holzemer WL et al. Postoperative analgesics for children and adolescents: prescription and administration. *J Pain Symptom Management* 1994; **9**:85-94.
- 10 Zeltzer L K, Altman A, Cohen D, Lebaron S, Munuksela E L, Schechter NL. American Academy of Pediatrics Report of the Subcommittee on the management of pain associated with procedures in children with cancer. *Pediatrics* 1990; **86**:826-831.
- 11 Siever BA. Pain management and potentially life-shortening analgesia in the terminally ill child: the ethical implications for pediatric nurses. *J Pediatr Nurs* 1994; **9**:307-312.
- 12 Casado J, Valdivielso A. Dolor en el niño crítico: Analgesia y sedación. XXVI Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría. Santiago de Compostela, 25-28 septiembre 1996. *An Esp Ped*. Libro de Actas (I), 145-151.
- 13 Schechter NL, Sullivan CM, Blankson V, Costa L, Pachter LM. El lugar sin dolor (Ouchless Place): ausencia de dolor, beneficio para los niños. *Pediatrics* (ed. Esp.) 1997; **43**:416-420.
- 14 Cote CJ. Sedation for the pediatric patient. A review. *Pediatr Clin North Am* 1994; **41**:31-58.
- 15 Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987; **317**:1321-1329.
- 16 Grunau R V E, Withfield M F, Petrie J H, Fryer E L. Early pain experience, child and family factors, as precursors of somatization: a prospective study of extremely premature and fullterm children. *Pain* 1994; **56**:353-359.
- 17 Abad F, Díaz N, Doménech E, Robayna M, Rico J. Acción analgésica de las soluciones de sabor dulce en recién nacidos. *An Esp Pediatr* 1995; **43**:351-354.
- 18 Fournier-Charrière E, Dommergues JP. Avant la prescription: reconnaître et évaluer la douleur, rassurer. *Presse Med* 1997; **26**:919-923.
- 19 Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (I): Detección y valoración. *An Esp Ped* 1998; **48**:81-88.
- 20 Zelter L, Baron S. Hypnosis and non-hypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and ado-

- lescents with cancer. *J Pediatr* 1982; **101**:1032-1035.
- 21 Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (IIIa): farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos opioides. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:429-440.
- 22 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.
- 23 Callahan D. The goals of Medicine. Setting new priorities. *Hastings Cent Rep* 1996; **26**:S1-S27.
- 24 Gracia D. Fundamentos de Bioética. Eudema: Madrid, 1989: 63.
- 25 Clinicians' quick reference guide to acute pain management in infants, children, and adolescents: operative and medical procedures. Pain Management Guideline Panel. Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services. *J Pain Symptom Manage* 1992; **7**:229-242.
- 26 Deshpande J K, Tobias J D. The Pediatric Pain Handbook. Mosby Year Book 1996.
- 27 Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (II): farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos no opioides. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:183-194.
- 28 Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (IIIb): farmacocinética y farmacodinamia de los sedantes. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:541-548.
- 29 Lomas J, Anderson GM, Domnick K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; **321**:1306-1311.