



DOLOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: ESTUDIO TRANSVERSAL, EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Autores:

Rodríguez Luis Eduardo

Vanoli Nadia

Rojas Mario

Mimbacas Ismael

Benech Luciano

Estudiantes del Ciclo de Metodología II de la carrera Doctor en Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Tutores:

Notejane Martín, Zunino Carlos.

Asistentes de Clínica Pediátrica y de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Índice de contenidos

	Página
Resumen	3
Introducción	4
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Metodología	6
Resultados	7
Discusión	12
Conclusiones	15
Bibliografía	16
Anexo 1	18
Anexo 2	22
Anexo 3	26

Resumen

Introducción: La evaluación y tratamiento del dolor en niños hospitalizados, continúa siendo un problema de salud. **Objetivo:** Conocer prevalencia y prácticas de abordaje del dolor en niños y adolescentes hospitalizados en cuidados moderados del Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Metodología:** estudio transversal, el 13/9/16. Se incluyeron todos los <15 años hospitalizados en cuidados moderados. Variables: edad, sexo, motivo de ingreso, presencia de trastorno cognitivo, prevalencia de dolor en últimas 24 horas y al momento de entrevista, causa de máximo dolor, causa/s de dolor actual, intensidad y topografía, tratamiento farmacológico y no farmacológico. **Resultados:** 152 encuestas. Prevalencia de dolor 24 horas previas: 32,9% (50/152; IC 95%:25.4 - 40.4); durante la entrevista: 15,7% (24/152; IC 95%:9,9 - 21,5), leve 12/24, moderado 8/24 y severo 4/24. Máximo dolor referido 25% debido a punciones. Tenían alguna indicación analgésica 16/24, ninguna 8/24. Inadecuado intervalo interdosis: 44/96 prescripciones, dosis adecuada 95/96. Vía de administración más indicada: oral/enteral. La intravenosa fue indicada en 42/96, 17/42 tenían contraindicación a la vía oral. Fármacos coadyuvantes en 3/152. **Conclusiones:** De los niños y adolescentes hospitalizados, 33% reportó dolor 24 horas previas a la entrevista, 16% reportó dolor durante la misma. El máximo dolor referido durante la hospitalización se debió a punciones con agujas. Se continúa detectando niños con dolor con prescripciones analgésicas inadecuadas.

Palabras claves: *manejo del dolor, niño hospitalizado.*

Introducción:

El dolor, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño hístico real o potencial, o descrita en cuanto a ese daño”.⁽¹⁾

En la infancia es más complejo identificar y evaluar el dolor, en parte debido a las características propias de su desarrollo neuropsíquico, principalmente en las etapas preverbales. Sin embargo, esto no niega la posibilidad de que sufran dolor y necesiten un tratamiento analgésico apropiado.⁽²⁾

Diferentes enfermedades o condiciones de salud pueden desencadenar dolor en el paciente pediátrico, al igual que sucede cuando son sometidos a tratamientos o procedimientos diagnósticos invasivos. Estas situaciones no sólo generan dolor sino también ansiedad, miedo e incluso aprensión hacia el personal de salud por parte de los niños. Para el abordaje del dolor es importante considerar todos sus componentes, incluyendo los emocionales, sociales y espirituales. Esto es referido por la bibliografía como abordaje del “dolor total”.⁽³⁾

La importancia de una correcta evaluación del dolor radica en que se trata de uno de los síntomas de consulta más frecuentes en pediatría. Es por este motivo que es considerado como el quinto signo vital.⁽⁴⁾

Además, todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir el tratamiento adecuado con la finalidad de evitarlo. Es responsabilidad del equipo de salud capacitarse y conocer profundamente todos los aspectos intrincados en esta temática para garantizar mitigar el dolor y ofrecer una asistencia de calidad. “El tratamiento del dolor es un acto clínico que exige el establecimiento de buenas prácticas clínicas, y la falta de formación al respecto ya no puede ser una excusa”.⁽⁵⁾

En publicaciones internacionales se señala que, a pesar de los esfuerzos por mejorar la calidad asistencial, la evaluación y tratamiento del dolor en niños hospitalizados continúa siendo un problema de salud.⁽⁶⁻⁸⁾ En Uruguay existen estudios que han identificado la misma problemática.^(9, 10) En el Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) en

el año 2011 se reportó una prevalencia de dolor en niños hospitalizados de 34%.⁽⁹⁾ En el año 2014 se realizó otro estudio nacional incluyendo al HP CHPR y otras instituciones públicas y privadas que reporta una prevalencia similar.⁽¹⁰⁾

Esta investigación pretende ampliar los conocimientos sobre la temática, y contribuir a evitar el “dolor innecesario”. Busca que los resultados sirvan para el apoyo de quienes trazan las pautas y protocolos en la práctica clínica a nivel local, y a su vez que los mismos sean conocidos y ejecutados por cada uno de quienes integran el equipo asistencial, desde un abordaje interdisciplinario.

Objetivo general:

Conocer la prevalencia y las prácticas de abordaje del dolor en niños y adolescentes hospitalizados en salas de cuidados moderados del HP - CHPR en 24 horas.

Objetivos específicos:

- De los niños y adolescentes hospitalizados en cuidados moderados del HP - CHPR:
 - conocer la prevalencia de dolor en el momento de la entrevista y en las 24 horas previas.
 - identificar la causa del máximo dolor durante la internación.
 - describir tratamientos farmacológicos y no farmacológicos indicados durante las últimas 24 horas.
 - identificar contraindicaciones para recibir analgésicos por vía oral-enteral.

- De los niños y adolescentes con dolor describir su intensidad y localización.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal el día 13 de setiembre de 2016. Se incluyeron todos los menores de 15 años hospitalizados en salas de cuidados moderados: sectores de medicina, cirugía, ortopedia, Unidad del Niño Quemado y Cirugía Reparadora (UNIQUER) y el sector de Hemato-oncología del HP-CHPR. Se excluyeron aquellos cuyos cuidadores no dieron el consentimiento informado, y/o los niños o adolescentes que no otorgaron el asentimiento.

Se realizó una encuesta y revisión de historias clínicas. Se consideró paciente con dolor cuando el niño, adolescente o su cuidador, refirió tener dolor en el momento de la entrevista y/o en las 24 horas previas a la misma. De presentar dolor se preguntó su localización. Así mismo se indagó la causa de máximo dolor experimentado durante la hospitalización

La intensidad del dolor se evaluó mediante escalas validadas recomendadas por la OMS (Anexo 1), de acuerdo a la edad y condición clínica del niño, aplicadas por integrantes del equipo de trabajo previamente entrenados. En los recién nacidos se utilizó la escala: NIPS (Neonatal Infants Pain Scale).⁽¹¹⁾ En niños entre 1 mes y 3 años se utilizó la escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)⁽¹²⁾. En niños entre 3 y 8 años la escala de caras revisada.⁽¹³⁾ En los mayores de 8 años la escala visual analógica de autoevaluación del dolor.⁽¹⁴⁾ En los mayores de 3 años que presentaron en la historia clínica registro de trastorno cognitivo y no fueron capaces de responder a la escala de caras, a los efectos de este estudio, se utilizó la escala r-FLACC (revised-FLACC).⁽¹⁵⁾

De la historia clínica se registró: edad, sexo, peso, motivo de ingreso, presencia de trastorno cognitivo, causa/s probable/s de dolor actual, tratamiento farmacológico indicado, dosis, vía de administración, contraindicaciones para la vía oral, intervalo interdosis, tratamientos coadyuvantes, tratamientos no farmacológicos. Se registró el abordaje farmacológico del dolor según la indicación médica y el registro de cumplimiento por enfermería realizados en las últimas 24 horas. Los fármacos, dosis, e intervalos interdosis utilizadas fueron cotejados con las pautas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), así como las sugeridas

por guías de uso frecuente para el tratamiento del dolor agudo y persistente en pediatría (Anexo 2), (2, 16, 17, 18)

Se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada para el estudio (Anexo 3). La misma fue testeada mediante una prueba piloto.

Fue autorizado por la Dirección del HP-CHPR y aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Se solicitó el consentimiento informado a los cuidadores (madre, padre o tutor) y asentimiento a los niños y adolescentes.

Resultados

El día del estudio se encontraban hospitalizados 156 niños y/o adolescentes, se realizó la encuesta a 152/156 (97,4%), dos se negaron a participar y dos no se encontraban en su habitación luego de ser visitados en tres oportunidades.

De los encuestados, 100/152 (66%) fueron madres, 24/152 (16%) niños y/o adolescentes, 14/152 (9%) padres y 14/152 (9%) cuidadores.

La media de edad fue 4,7 años (rango 15 días y 15 años), mediana 2 años. Eran de sexo masculino 85/158 (56%). Presentaban registro en la historia clínica de trastorno cognitivo severo 8/152 (5,3%).

Los motivos de hospitalización que predominaron fueron patologías agudas infecciosas, patologías agudas no infecciosas y cirugías o postoperatorios. En la tabla 1 se expresan los diversos motivos de hospitalización registrados.

TABLA 1. Motivos de hospitalización. (n=152)		
Motivos de Hospitalización	FA	%
Patología aguda infecciosa	62	40,8
Patología aguda no infecciosa	32	20,4
Cirugía o postoperatorio	23	15,1
Motivos sociales	14	9,2
Procedimientos o estudios	9	5,9
Traumatismos	8	5,3
Quemaduras	5	3,3

En la tabla 2 se muestran los distintos lugares de hospitalización registrados durante el estudio.

TABLA 2. Lugar de hospitalización registrado. (n=152)		
Lugar de Hospitalización	FA	%
Sala de medicina	109	71,7
Sala de cirugía	19	12,5
Hemato-oncología	11	7,2
Ortopedia	8	5,3
Centro de quemados (UNQUER)	5	3,3

La prevalencia de dolor en las 24 horas previas a la entrevista fue 32,9% (50/152; IC 95%: 25.4-40.4). De estos un paciente presentaba registro de trastorno cognitivo severo.

En la tabla 3 se expresan los motivos referidos como causa de máximo dolor durante la hospitalización. Las punciones con agujas y los procedimientos médicos fueron los referidos como principales causas.

TABLA 3. Causas referidas como máximo dolor durante la hospitalización. (n=152)		
Causa de máximo dolor referido	FA	%
Punciones por agujas	38	25
Procedimientos médicos	14	9,2
Postoperatorio	6	4
Tratamientos	3	2
Otros	2	1,3
No presentaron dolor durante la hospitalización	89	58,5

La prevalencia de dolor al momento de la encuesta fue 15,7% (24/152; IC 95%: 9,92%-21,50%) De estos, un niño tenía registro de trastorno cognitivo severo. En la tabla 4 se muestra las topografías de dolor referidas. La intensidad del mismo fue leve en 12/24, moderado 8/24 y severo en 4/24.

TABLA 4. Topografía del dolor referida por los encuestados. (n=24)	
Topografía del dolor referido	FA
Miembros	7
No sistematizado	5
Abdomen	4
Tronco	4
Cabeza	2
Pelvis	2
Cuello	0

En relación a la prescripción de fármacos analgésicos se constató que 16/24 tenían alguna indicación y 8/24 no contaban con prescripciones. De los niños con dolor sin prescripción de analgésicos ninguno presentaba registro en la historia clínica de trastornos cognitivos severo.

Se registraron en las 24 horas previas 96 prescripciones de analgésicos en 72/152 (47,3%) niños o adolescentes. El analgésico más indicado fue dipirona, seguido de ibuprofeno y ketoprofeno.

Las asociaciones analgésicas indicadas con mayor frecuencia fueron dipirona y tramadol, y dipirona asociado a ketoprofeno. Los fármacos analgésicos indicados se expresan en la tabla 5.

TABLA 5. Fármacos analgésicos prescritos. (n=72)		
Fármacos analgésicos	FA	%
Dipirona	54	75%
Ketoprofeno	17	23,6%
Ibuprofeno	10	13,8
Tramadol	9	12,5
Morfina	5	2,9
Paracetamol	1	1,4

** Algunos niños o adolescentes tenían más de un fármaco analgésico prescrito*

En la tabla 6 se expresan los fármacos analgésicos indicados según la intensidad del dolor.

TABLA 6. Tratamientos farmacológicos indicados según la intensidad del dolor.	
Fármacos analgésico	FA
Dolor leve (n=12)	
Dipirona	2
Ibuprofeno	2
Ketoprofeno	1
Dipirona- Ketoprofeno	1
Dipirona-Tramadol	1
Ningún fármaco	5
Dolor moderado (n=8)	
Dipirona	4
Ibuprofeno	1
Morfina	1
Ninguno fármaco	2
Dolor severo (n=4)	
Ibuprofeno	1
Dipirona-Ketoprofeno	1
Ketoprofeno-Tramadol	1
Ningún fármaco	1

De las indicaciones analgésicas registradas se constató inadecuado intervalo interdosis en 44/96 prescripciones (45,8%), siendo estas indicaciones “a demanda o sin horarios”. La dosis de los fármacos analgésicos prescritos fue adecuada en 95/96 (98,9%).

La vía de administración más frecuentemente indicada fue la oral/enteral 52/96 (56,2%) seguida de la vía intravenosa 42/96 (43,7%). No se observaron indicaciones por otras vías de administración. En las prescripciones por vía intravenosa, se constató contraindicación para la vía oral/enteral en 17/42. Los motivos fueron: trastorno deglutorio severo 8/17, postoperatorio inmediato 5/17, y suspensiones de vía oral en contexto de preoperatorios 4/17.

Se constató prescripción de fármacos coadyuvantes en 3/152 (2%); 3/3 gabapentinoides (pregabalina/gabapentina); 1/3 antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y 1/3 corticoides (prednisolona). No se encontraron indicaciones no farmacológicas en el abordaje del dolor.

Discusión

Este estudio pretendió evaluar la prevalencia de dolor en niños y adolescentes hospitalizados en el hospital pediátrico de referencia del subsector público del país.

Se constató que la prevalencia de dolor en las últimas 24 horas y en el momento de la entrevista no han variado de forma significativa con lo reportado en los estudios nacionales previos. ^(9,10)

Esta comparación fue posible dado el mismo uso de la definición operativa de dolor. En publicaciones internacionales la prevalencia de dolor en niños reportada fue mayor, 76% en un estudio realizado en un centro pediátrico de Estados Unidos y 49,3- 77% en otros centros de Canadá. ⁽⁶⁻⁸⁾ Esto refleja que se trata de un problema de salud complejo y que su abordaje es un desafío en nuestro país y en el mundo.

Los datos reportados refuerzan la necesidad de seguir promoviendo políticas de salud sólidas, sistemáticas y universales destinadas a resolver esta problemática; como lo ha indicado la OMS en sucesivas oportunidades. ⁽²⁾ Este problema merece un cuestionamiento desde un enfoque ético profesional e institucional.

Este trabajo además de permitir comparar características del abordaje del dolor con el estudio previo realizado en la misma institución en el año 2014 ⁽¹⁰⁾, aporta otros datos diferentes e incorpora a todos los sectores de hospitalización de cuidados moderados del hospital, incluyendo el servicio de Quemados y Hemato-oncología.

Se destaca que el máximo dolor durante la internación referido por los niños y/o sus cuidadores no estaba asociado a la patología que motivó su hospitalización de forma directa, sino a punciones y procedimientos médicos. Este dato también ha sido reportado en la literatura. En un estudio realizado en Canadá el 40% de los niños hospitalizados refirieron a los pinchazos con agujas y extracciones sanguíneas como el máximo o peor dolor vivido durante su hospitalización. ⁽⁷⁾ Se debería trabajar en forma conjunta con todo el equipo de salud, para evitar esta causa de dolor innecesario. Es pertinente protocolizar el uso sistemático de anestésicos locales o sedoanalgesia previo a punciones o procedimientos. El dolor no solo tiene efectos negativos agudos, sino que también afecta la respuesta sensitiva y emocional en relación a esta experiencia. En la esfera sensitiva disminuyen el umbral del dolor lo cual dificulta la correcta instauración de las pautas analgésicas. Desde lo emocional expresan muchas veces ansiedad y otras veces sentimientos depresivos a la hora de acudir a un médico; el “miedo a las agujas” es un claro ejemplo. Todo ello contribuye negativamente en la consulta precoz y en la correcta adherencia de futuros tratamientos. ⁽³⁾

Del tratamiento farmacológico, dipirona fue el analgésico más indicado en nuestro medio al igual que en otros estudios nacionales. ^(9,10) Este dato es particularmente diferente al reportado en otras partes del mundo, donde la prescripción de paracetamol e ibuprofeno predominan dentro de los analgésicos no opioides siguiendo las recomendaciones de la OMS. ⁽⁶⁻¹⁰⁾

Persisten importantes proporciones de indicaciones de analgesia a intervalos inadecuados, a pesar de las recomendaciones enfáticas de la OMS sobre la realización de indicaciones farmacológicas con horarios o por reloj y no “a demanda”, “si sufre” o “si requiere” ⁽²⁾. Este fenómeno fue referido en publicaciones internacionales y nacionales previas. ⁽⁶⁻¹⁰⁾

En esta descripción, la dosis de analgésico indicada no fue un problema detectado. Sin embargo, muchos de los que reportaron dolor, tenían fármacos analgésicos indicados a dosis correctas, pero el fármaco prescrito no era acorde a la intensidad del dolor referido. Esto puede explicarse por múltiples causas, dificultad en: determinar la intensidad del dolor (inadecuada evaluación),

asociar la prescripción a la intensidad del mismo, o falta de experiencia en el uso de algunos analgésicos. También puede deberse a la falta de re-evaluación del plan analgésico luego de la indicación inicial. No fue objetivo de este estudio evaluar estas causas, aunque sería de interés profundizar en futuras comunicaciones.

Otro de los problemas que se constataron al igual que en estudios previos fue el uso de analgesia intravenosa cuando en la mayoría de los casos no existían contraindicaciones de la vía oral. Se debe continuar indagando las causas por las cuáles los profesionales de la salud priorizan esta vía, más aún considerando que las punciones son las causas de máximo dolor referidas por los niños. Cabe destacar que la prescripción de analgésicos por vía oral/enteral fue superior a la intravenosa a diferencia de estudios previos a nivel nacional. ^(9,10)

En cuanto al abordaje del dolor, se continúa detectando un escaso o nulo uso de tratamientos o estrategias no farmacológicas, sin embargo, en la literatura es referida su utilidad como herramienta complementaria y ponderada por los niños y sus familias como efectivas en el abordaje integral del dolor. ^(2,7)

Las distintas dificultades encontradas en la evaluación y abordaje integral del dolor en niños y adolescentes requiere de una política institucional a largo plazo, que involucre a todos los actores (médicos, enfermeros, administradores de salud e incluya a los niños y sus familias). El abordaje y monitoreo del dolor en niños debe formar parte de las habilidades y destrezas de los futuros médicos y enfermeros, y una meta asistencial para las instituciones públicas y privadas. Este cambio en la calidad de la asistencia sólo es posible alcanzar mediante la educación y actualización continua de los profesionales de la salud involucrados.

Conclusiones:

- De los niños y adolescentes hospitalizados en el Centro hospitalario Pereira Rossell, el 33% reportó dolor 24 horas previas a la realización de la encuesta, 15% reportó dolor durante la misma.
- El máximo dolor referido durante la hospitalización se debió a punciones con agujas.
- Se continúa detectando niños con dolor con prescripciones analgésicas inadecuadas y un tercio sin analgésicos indicados.

Bibliografía:

1. International Association for the Study of Pain, subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249-252.
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Ginebra: AVENUE APPIA, 2012. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf [consultado: 20 mayo 2016].
3. Stefan J. Tratamiento del dolor en los niños con enfermedades que comprometen su vida. *Pediatr Clin N Am* 2007; 54 (5): 915-941.
4. Pérez D, Rodríguez L, Ríos G. Terapia farmacológica. En: Acosta L, Amaya E, Arias A, Azócar V, Baule J, Blanco A. et al. *Dolor en Pediatría*. 2° ed. Venezuela: Panamericana, 2010: 15-36.
5. Barbero J, Dones M. Valoración ética del dolor y el sufrimiento humanos. En: De los Reyes L, Sánchez J. *Bioética y Pediatría*. Madrid: Ergon, 2010: 481-490.
6. Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, et al. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *J Pain*. Elsevier;2012;13(9):857-65. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.010> (consulta: 20 de mayo 2016)

7. Friedrichsdorf SJ, Postier A, Eull D, Weidner Ch, Foster L, Gilbert M, et al. Pain Outcomes in US Children's Hospital: A prospective Cross-Sectional Survey Hospital Pediatrics. 2015; 5 (1): 18-26; DOI: 10.1542/peds.2014-0084.
8. Taylor, EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in Hospitalized Children: A Prospective Cross-Sectional Survey of Pain Prevalence, Intensity, Assessment and Management in a Canadian Pediatric Teaching Hospital." Pain Res Manage. 2008; 13 (1): 25-32. Obtenido en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670807/>.
9. Cristiani F, Hernández A, Sállice L, Orrego P, Araújo M, Olivera L, et al. Prevalencia de dolor en niños hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Anest Analg Reanim 2013; 26 (1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000100003 (consultado: 07 de enero 2014).
10. Moraes M, Zunino C, Virginia D, Ponte C, Favaro V, Bentancor S, et al. Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. Arch Pediatr Urug 2016;87(3):198-209.
11. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, McMurray S. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw 1993; 12 (6): 59-66.
12. Merkel S, Voepel T, Shayevitz J, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs 1997; 23 (3): 293-297.
13. Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. La Coloured Analogue Scale: ¿un instrumento válido para medir la intensidad del dolor en niños catalanoparlantes?. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007; 54: 208-212.
14. Mc Grath P, Seifert C, Speechley K. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. Pain 1996; 64: 435-43.
15. Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. 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.

16. Department of Pain Medicine, Palliative Care and Integrative Medicine. Children Hospitals and Clinics of Minnesota. Pediatric Acute Pain Management Reference card Marzo 2013. Disponible en: <http://www.childrensmn.org/web/pdf/209507.pdf>
17. Bernadá M, Dall'Orso P, González E, Le Pera V, Carrerou R, Bellora R. et al. Pautas. Cuidados paliativos pediátricos. Arch Pediatr Urug 2012; 83 (3):203-10
18. Hauer J, Duncan J, Fowler B. Pediatric Pain and Symptom Management Guidelines 2014. Dana Farber Cancer Institute/Boston Children's Hospital Pediatric Advanced Care Team. Obtenido en: <http://aneswebout.tch.harvard.edu/sites/childkind/files/2014/04/Dana-Farber-Pedi-Symptom-Booklet-20141.pdf> (consulta: 21 marzo 2015).

ANEXO 1: ESCALAS PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

1- Escalas para evaluación de la intensidad del dolor en Recién nacidos. “NIPS” (Neonatal Infants Pain Scale).

CATEGORÍA	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
EXPRESIÓN FACIAL	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)	
LLANTO	Sin llanto	Presente consolable	Presente continuo, no consolable.
PATRÓN RESPIRATORIO	Normal	Incrementado o Irregular	
MOVIMIENTO DE BRAZOS	Reposo	Movimiento	
MOVIMIENTO DE PIERNAS	Reposo	Movimiento	
ESTADO DE ALERTA	Normal	Despierto continuamente	

PUNTUACIÓN:

1-2: Leve

3-5: Moderado

6-7: Severo

2- Escalas para evaluación de la intensidad del dolor en niños de 1 mes a 3 años.
 “FLACC”(Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

CATEGORÍA	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
EXPRESIÓN FACIAL (FACE)	Ninguna expresión especial o sonrisa	Ocasionalmente muecas o ceño fruncido; retraído, desinteresado	Frecuente o constante temblor del mentón. Mandíbula encajada
PIERNAS (LEGS)	Posición normal, relajadas	Inquietas, rígidas, tensas	Pataleo o piernas alzadas
ACTIVIDAD (ACTIVITY)	Tranquilo, posición normal, movimiento fácil	Retorcido, giros de acá para allá, tenso	Arqueado, rígido con sacudidas
LLANTO (CRY)	No llora (despierto o dormido)	Gemido o lloriqueo quejido ocasional	Llanto continuo
CONSUELO (CONSOLABILITY)	Contento, relajado (dormido o despierto)	Tranquilo por caricias o abrazos ocasionales, o al hablarle para distraerlo	Dificultad para controlarlo o confortar

PUNTUACIÓN:

1-3: leve

4-6: moderado

7-10: severo

3- Escalas para evaluación de la intensidad del dolor en niños de 3 a 7 años. ESCALA DE CARAS VALIDADA.

Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) de Hicks y cols. (2001).
Reproducida con permiso. © 2001 International Association for the Study of Pain



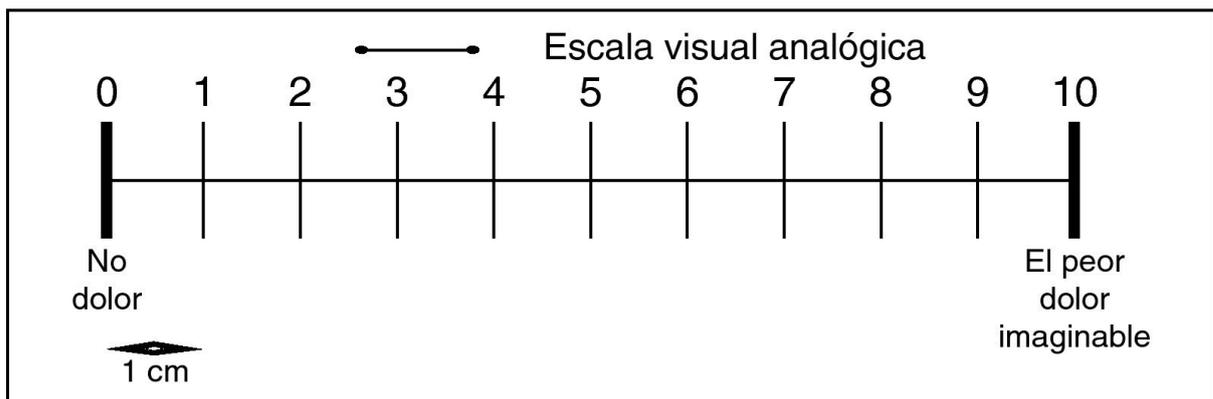
PUNTUACIÓN:

0-2: Leve

4-6: Moderado

8-10: Severo

4- Escalas para evaluación de la intensidad del dolor en niños mayores de 8 años. ESCALA VISUAL ANALÓGICA.



PUNTUACIÓN:

1-3: leve, 4-6: moderado, 7-10: severo.

5- Escalas para evaluación de la intensidad del dolor en niños con trastorno cognitivo severo. R- FLACC (revised FLACC).

CATEGORÍA	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
CARA/FACIES	Ninguna expresión en particular o sonrisa	Gesto de enojo ocasional; cansado, desinteresado; apariencia de tristeza o angustia	Gesto de enojo constante; aprieta los dientes y la mandíbula frecuente o constantemente. Expresión de susto pánico. Comportamiento en particular.
PIERNAS	Posición normal o relajada, tono usual y movimiento de miembros	Inquietud, tenso; temblores ocasionales	Patalea; marcado aumento en, espasticidad, temblores constantes o sacudidas. Comportamiento particular
ACTITUD	Acostado tranquilamente, posición normal, movimientos suaves; ritmo respiratorio regular	Se retuerce, cambia de posición, movimientos tensos agitado, movimientos bruscos de cabeza; respiración superficial, quejidos intermitentes	Encorvado, rígido, agitación severa, cabeceos; tembloroso; respiración contenida, entrecortada o inspiración violenta, marcadamente superficial. Comportamiento en particular
LLANTO	Sin llanto (despierto o dormido)	Quejoso; lamento ocasional, ocasionalmente irrumpe en llanto	Llanto continuo, gritos o sollozos; lamento, frecuentemente irrumpe en llanto. Comportamiento particular
CONSUELO	Contento, relajado	Se tranquiliza con caricias en brazos o hablándole; distrayéndose.	Dificultad para consolarlo; empuja al cuidador, se resiste a las medidas de cuidado y consuelo, Comportamiento particular

PUNTUACIÓN: 1-3: leve, 4-6: moderado, 7-10: severo.

ANEXO 2: FÁRMACOS ANALGÉSICOS OPIOIDES, NO OPIOIDES Y ADYUVANTES DE USO FRECUENTE EN PEDIATRÍA.

1- Fármacos analgésicos no opioides.

Fármaco analgésico no opioides	29 días	30 días - 3 meses	3-12 meses y hasta 15 años.	Vías de administración disponibles en Uruguay.
Paracetamol (Acetaminofén)	5-10 mgr/kg/dosis cada 6-8 horas	10 mgr/kg/dosis cada 4-6 horas.	10-15 mgr/kg/dosis cada 4-6 horas	Oral.
Ibuprofeno			5-10 mgr/kg/dosis cada 6-8 horas.	Oral.
Ketoprofeno			> 2 años: 0,5-2 mgr/kg/dosis cada 6-8 horas.	Oral, endovenosa.
Dipirona (Metamizol)	5-10 mgr/kg/dosis Cada 6-8 horas *(Uso Off-label)	5-10 mgr/kg/dosis cada 6-8 horas. *(Uso off-label)	5- 20 mgr/kg/dosis cada 6-8 horas.	Oral, endovenosa.

2- Fármacos analgésicos opioides. Dosis de inicio para niños vírgenes de opioides.

Fármacos analgésicos opioides	29 días	1 mes- 1 año	1 año a 18 años	Vías de administración disponibles en Uruguay.
Tramadol	0,5-1 mgr/kg cada 6 horas *(Uso off-label)	0,5-1 mgr/kg cada 6 horas *(Uso off-label)	1-12 años: 0,5-2 mgr/kg cada 4-6 horas *(Uso off-label). >12 años: 0,5-2 mgr/kg cada 4-6 horas	Oral, endovenosa.
Morfina	0,025-0,05 mgr/Kg cada 6 horas	1-6 meses: 0,1 mgr/kg cada 6 horas 6-12 meses: 0,1 mgr/kg cada 4 horas	1-2 años: 0,05-0,1 mgr/kg cada 4 horas 2-18 años: 0,1-0,2 mgr/kg cada 4 horas (dosis máx. inicial de 2,5 mgr)	Inyección Endovenosa (*), subcutánea
	Dosis inicial: 0,025-0,05 mgr/kg,	1-6 meses: dosis inicial endovenosa: 0,05 mgr/kg, 6-12 meses: dosis inicial endovenosa: 0,1-0,2 mgr/kg Infusión subcutánea:	Dosis inicial i/v: 0,1-0,2 mg/kg Infusión subcutánea: 0,02 mgr/kg/hora	Infusión endovenosa (*) (*) administración lenta de morfina durante 5 minutos

		1-3 meses: 0,01 mgr/kg/hora 3-12 meses: 0,02 mgr/kg/hora		
		0,08- 0,2 mgr/kg cada 4 horas	1-2 años: 0,2-0,4 mg/kg cada 4 horas. 2-12 años: 0,2-0,5 mgr/kg cada 4 horas. (máx. 5 mgr dosis de inicio)	Oral de liberación inmediata.
Fentanilo		6 meses-1 año: 0,5-2 mcgr/kg cada 30- 60 minutos (endovenoso) *(Uso off-label)	0,5-2 mcgr/kg cada 30- 60 minutos (endovenoso)	Endovenoso
Metadona		0,1 mgr/kg cada 8-12 horas. *(Uso off-label)	>1-12 años: 0,1 mgr/kg cada 8-12 horas *(Uso off-label) > 12 años: 0,1 mgr/kg cada 8-12 horas.	Oral

3- Fármacos adyuvantes en el tratamiento del dolor en pediatría.

Fármacos adyuvantes	0-29 días	3 meses	3 meses a 15 años	Vías de administración disponibles en Uruguay
Gabapentina	*(Uso off-label)	Dosis inicio: 5-10 mgr/kg/día cada 8	Dosis inicio: 10-15 mgr/kg/día cada 8	Oral
Amitriptilina	*(Uso off-label)	Dosis inicio: 0,2 mgr/kg día *(Uso off-label)	Dosis de inicio: 0,2 mgr/kg/día *(Uso off-label)	Oral
Clonidina		0,002 mgr/kg día *(Uso off-label)	0,002 mgr/kg/día *(Uso off-label)	Oral
Dexmedetomidina		0,2-1 mcgr/kg/hora *(Uso off-label)	0,2-1 mcgr/kg/hora *(Uso off-label)	Endovenosa
Dexametasona	1-2 mgr/kg	1-2 mgr/kg	1-2 mgr/kg	Endovenoso
Prednisona	0,5-1 mgr/kg	0,5-1 mgr/kg	0,5-2 mgr/kg	Oral
Baclofeno		Dosis inicio: 0,3-0,5 mgr/kg/día cada 8-12 horas *(Uso off-label)	Dosis inicio: 0,3-0,5 mgr/kg/día cada 8-12 horas *(Uso off-label)	Oral
Tizanidina		Dosis de inicio: 0,04-0,08 mgr/kg cada 8 horas *(Uso off-label)	Dosis de inicio: 0,04-0,08 mgr/kg cada 8 horas *(Uso off-label)	Oral
Lorazepam		0,1 mgr/kg cada 8-12 horas	0,1 mgr/kg cada 8-12 horas	Oral

ANEXO 3: ENCUESTA. DOLOR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS.



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha ___/___/___

Persona que contestó la entrevista

- Niño/a Madre Cuidador
 Adolescente Padre ¿Cuál/es? _____

Piso

Cama

Ficha Patronimica

- Sexo Masculino
 Femenino

Edad: Años: Meses: Peso (Kg) ,

Lugar de hospitalización

- Sala de Medicina
 Sala de Cirugía
 Ortopedia
 Hemato-oncología
 UNIKUER

Causa de la hospitalización

- Patología aguda no infecciosa Cirugía o post operatorio
 Patología aguda infecciosa Procedimientos y/o estudios
 Traumas Motivos sociales
 Quemaduras Otros: ¿Cuál/es? _____

Registro en la historia clínica la existencia de trastorno cognitivo: SI
NO

Características del dolor:

1- ¿Tiene dolor actualmente? SI NO

2- ¿Ha presentado dolor en las últimas 24 horas? SI NO

3- ¿En qué momento de la hospitalización presentó el máximo dolor?

- Punciones con aguja y/o extracciones de sangre
 Procedimientos. ¿Cuál/es? _____
 Tratamientos. ¿Cuál/es? _____
 Post operatorio. ¿Cuál/es? _____
 Traumatismos: ¿Cuál/es? _____
 Otros: ¿Cuál/es? _____

5- Topografía del dolor: _____

6- Valoración del dolor:

Escala aplicada

		PUNTAJE
<input type="checkbox"/> NIPS	Recién nacidos	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FLACC	Entre 1 mes y 3 años	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Escala de caras revisada	Entre 3 y 8 años	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Escala visual analógica	Mayores de 8 años	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> r-FLACC	Mayores de 3 años con trastornos cognitivos	<input type="text"/>

Intensidad del dolor: Leve Moderado Severo

Intervenciones realizadas en el abordaje del dolor

Número de intervenciones en las últimas 24 horas _____

Fármacos analgésicos indicados en las últimas 24 horas:

Droga: _____	Droga: _____	Droga: _____
Dosis: _____	Dosis: _____	Dosis: _____
Vía de administración: _____	Vía de administración: _____	Vía de administración: _____
Intervalo interdosis: _____	Intervalo interdosis: _____	Intervalo interdosis: _____
Momento actual _____	Momento actual _____	Momento actual _____
(cantidad de minutos previo a la entrevista)	(cantidad de minutos previo a la entrevista)	(cantidad de minutos previo a la entrevista)

¿Tiene contraindicaciones para la vía oral? SI ¿cuál/es? _____
NO

¿Tiene fármacos coadyuvantes indicados? SI ¿cuál/es? _____
NO

¿Tiene tratamiento no farmacológico indicado en las últimas 24 horas? SI ¿cuál/es? _____
NO

Observaciones: