

ALIVIO DEL DOLOR DEL RECIÉN NACIDO: ¿UNA RESPONSABILIDAD DE ENFERMERIA?

Rosa Yolanda Munevar Torres*

Los recién nacidos en las unidades neonatales son sometidos a múltiples procedimientos que les ocasionan dolor y estrés, que pueden ser ejecutados por periodos prolongados, como estrategias diagnósticas y de tratamientos.

La Asociación Internacional del estudio del dolor lo ha definido como “una sensación y experiencia emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial” (1, 13). Sin embargo esta definición del dolor es subjetiva, si se tiene en cuenta que el recién nacido no puede verbalizarlo, y dependen de otros para identificar e interpretar las señales de dolor. Por lo cual en el cuidado al neonato, el reconocimiento de las manifestaciones de dolor se hace a través de los cambios en el comportamiento y las respuestas fisiológicas. (1,2,6). Generalmente cuando se administra el tratamiento ya sea farmacológico y/ o no farmacológica se hace cuando éste es percibido por los profesionales de la salud o los miembros de la familia. En estas condiciones los expertos consideran que el dolor del recién nacido no se enmarcan dentro del contexto de esta definición (1,2)

El estrés es otra situación de salud que experimenta el recién nacido en las Unidades Neonatales. La Asociación Internacional del Estudio del dolor lo define como: “Factor físico, químico y emocional, que produce tensión mental o corporal y puede ser causa de enfermedad”. Luego el dolor siempre es estresante, pero el estrés no siempre induce dolor, sin embargo los dos requieren diagnóstico, evaluación y tratamiento (1, 2).

El profesional de Enfermería debe tener en cuenta aspectos del desarrollo del neonato pretermino y a término que sustentan la presencia y respuesta al dolor: (1, 2)

1. Poseen un sistema neuroanatómico y neuroendocrino suficientemente desarrollado, para transmitir el estímulo de dolor
2. La exposición frecuente y prolongada al dolor y el estrés puede aumento de la morbilidad neonatal por la inestabilidad que se produce (15)
3. Los infantes quienes tienen experiencias de dolor durante el periodo neonatal responden en forma diferente a los siguientes estímulos dolorosos. Muestran respuestas exageradas del comportamiento y requerimientos de afecto. Si el dolor no es tratado adecuadamente, pueden mostrar a largo plazo trastornos de la conducta, memoria, socialización, autorregulación y expresión de los sentimientos (3)
4. La severidad del dolor y los efectos de la analgesia pueden ser valorados en el neonato.
5. Los neonatos no son fácilmente calmados y necesitan de analgesia
6. Los comportamientos como el llanto y los movimientos no necesariamente indican dolor.
7. Las respuestas fisiológicas y hormonales al dolor en el neonato son exageradas con relación a las de niños grandes y adultos.

* Especialista en Enfermería Maternoperinatal
Aspirante al título de Magíster en Enfermería con Énfasis en Maternoperinatal
Docente Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia

Las investigaciones han probado diferentes escalas para medir la intensidad del dolor en los recién nacidos de las cuales las que recomiendan son: PIPP (Perfil del Dolor en el Infante Prematuro), NIPS (Escala de Dolor de los Infantes Neonatos) y CRIES (Gritos, Requerimiento de oxígeno para mantener saturación mayor a 95%, incremento en los signos vitales, expresiones e insomnio). Esta escala es la más utilizada en niños en postoperatorio, donde se evalúa en dos minutos y se reevalúa cada dos horas para definir la continuación del manejo del dolor. (1, 2)

Las investigaciones también buscan dar soporte a las observaciones sobre el efecto del dolor en los infantes a largo plazo (1,2, 3)

Las manifestaciones de dolor y estrés, que son reconocidas por el profesional de enfermería en un recién nacido son: expresiones faciales como: gesticulaciones, contracciones de la ceja, párpados, área geno-labial y apertura de boca; llanto, gritos, movimientos corporales (1, 2, 6, 13). Los indicadores fisiológicos de dolor son: cambios en la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión sanguínea, presión intracraneal, disminución de saturación de oxígeno, tono vagal, sudoración palmar, y aumento de los niveles de cortisol, glucagon, hormona de crecimiento, supresión de la insulina y catecolamina en plasma (1, 2, 4, 5)

La valoración y el manejo del dolor es multidisciplinario e incluye cuidados no farmacológicos que deben ser proporcionados por la Enfermera (o) como: Arrullarlos, proporcionar calidez humana, darles un trato gentil, música (con sonido cardiaco fetal), succión no nutritiva, hablar suave con tono tranquilo, minimizar la estimulación nociva por el personal, posición adecuada que no interfiera en los cuidados y tratamientos, disminuir los procedimientos, tomar muestras por catéter venosos central o arterial con técnica estéril e invitar a la madre para que le ofrezca el seno. (7, 10)

En cuanto a las medidas farmacológicas se consideran la utilización de Dextrosa al 12,5% o al 24% en dosis de 0.5 a 1 ml, (8, 9, 11) aplicación de anestésico local con lidocaina o lidocaina y prilocaina (EMLA)(12, 14), uso de opioides(16) en los casos en los que el niño este ventilado (17) o de acuerdo al tipo de procedimiento que requiera .

El procedimiento ejecutado con mayor frecuencia por los profesionales de enfermería en las unidades neonatales, que más produce dolor es la punción del talón y las venopunciones, por lo cual es responsabilidad de la enfermera (o) aliviarlo, minimizarlo o evitarlo. (15)

En conclusión el cuidado del recién nacido con dolor requiere compromiso, sensibilidad, experticia y capacidad del profesional de Enfermería para percibir el dolor del neonato, evaluarlo y definir en colaboración con los demás profesionales de la salud, el manejo oportuno y adecuado, para minimizar los posibles efectos a largo plazo, prevenir complicaciones y muerte por dolor

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMERICAN ACADEMIC OF PEDIATRICS. CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY, Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonates. Pediatrics Vol. 105 No. 2. February 2000
2. HERNANDEZ HERNANDEZ, Alma Rosa; et, al. Valoración y Manejo del Dolor en Neonatos. Boletín Medico Hospital Infantil de México. Vol. 61; Marzo- Abril 2004. 164- 173
3. JOHNSTON, C, Celeste et, al. Modelos Animales de las Consecuencias a Largo plazo de la Exposición. Temprana al Dolor Repetitivo. 373- 395. En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable. McGraw, Hill. Interamericana. 2002
4. GOLDMAN, Ran D y GIDEON, Koren. Marcadores Biológicos del Dolor en el Lactante Vulnerable-395- 407. En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable. McGraw, Hill. Interamericana. 2002
5. OBERLANDER, Tim y SAUL, J. Philip. Consideraciones Metodologicas para el Uso de la Variabilidad de la Frecuencia Cardiaca como Parámetro para Determinar la Reactividad Frente al Dolor. 407- 425. En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable. McGraw, Hill. Interamericana. 2002
6. CRAIG, Kenneth D. et al. Dificultades para la Evaluación del Dolor de los Lactantes Vulnerables. 427- 440. En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable. McGraw, Hill. Interamericana. 2002
7. GRAY, Larry. et, al. Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborn. Pediatrics. Vol 109 No. 4. April 2002. 590- 593
8. GEARNER THOMPSON, Debbie. Utilizing an Oral Sucrose Solution to Minimize Neonatal Pain. JSPN. Vol 10; January- March, 2005. 3-6
9. HARRISON, D. Oral Sucrose for Procedural Pain In Sick Hospitalized Infants: A Randomized- Controlled Trial. J. Pediatr. Child Health (2003); 39, 591- 597
10. A. Upadhyay. et, al. Analgesic effect of expressed Breast Milk in Procedural Pain in Term Neonates: A Randomized. Placebo- controlled, Double- Blind Trial. Act Pediatr. 93; 518- 522. 2004
11. LEEF, Kathleen. Evidence – based Review of Oral sucrose. Administration to Decrease the Pain Response in Newborn Infants. Neonatal Network. Vol 25 No. 4. July/ August 2006. 275- 284

12. GRADIN, Maria. et, al. Pain Reduction Venipuncture in Newborn: Oral Glucose Compared with Local Anesthetic Cream. *Pediatrics*. Vol 110 No.6 December 2002. 1053- 1057
13. SCHOLLIN, Jens. ¿Can Cry in the Newborn be Used an Assessment of pain? ISSN 0803- 5253 print/ ISSN 1651- 2227 online. 2005. 1588- 1539
14. ABAD, F. et, al. Oral Sucrose Compare Favourably with Lidocaine- Prilocaine Cream for Pain Relief During Venepuncture in Neonates. *Acta Pediàtric* 90; 160- 5. 2001
15. PEREZ VILLEGAS, Ruth. Valoración y Estrategias no Farmacológicas en el Tratamiento del Dolor en el Recién Nacido. *Revista Cubana Pediàtrica*, 2006: 78,(3)
16. TADDIO, Anna. Analgesia con opioides en los Lactantes Hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. 479- 496. En: *En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable*. McGraw, Hill. Interamericana. 2002
17. SHAH, Vibhuti y OHLSSON, ARNE. Efectividad de la Premedicación para Intubación Endotraqueal en los Recién Nacidos Tratados con Ventilación Mecánica: Una Revisión Sistemática. 523-544. En: *En Clínicas de Perinatología. Dolor en el Lactante Vulnerable*. McGraw, Hill. Interamericana. 2002