

REPÚBLICA DE COLOMBIA. LEY 911 de 2004. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Bogotá D.C. pág. 45

EL DOLOR Y LA HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE PEDIATRICO

Ruth Esperanza Caicedo Fonseca*

“La Noche Taladra Mis Huesos, Y Los Dolores
Que Me Roen No Reposan.” Job 30,17

RESUMEN

El DOLOR en el paciente pediátrico se enmarca en el transcurso de su hospitalización, en la gran mayoría de procedimientos y sumado a estos la algidez que produce el proceso patológico que está cursando.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor, define éste como: “Una sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido”. Se puede clasificar en: La calidad según el tipo del dolor, el tipo de dolor, la localización, la calidad según su sensibilidad, su intensidad, y la cronología.

La calidad de vida del niño hospitalizado se altera porque el proceso de hospitalización aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al Dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos, y a la separación del núcleo familiar.

El papel de Enfermería en el manejo del Dolor en el niño hospitalizado va más allá de la realización de ciertos procedimientos invasivos o no invasivos; se hace relevante tener la calidez humana, rapidez y destreza para la realización de los mismos y de esta manera

* Enfermera Docente Ocasional Facultad Ciencias de la Salud Universidad Francisco de Paula Santander. Diplomado Síndromes Coronarios Agudos y Complicaciones Eléctricas. Trabajo Recibido el 15 de mayo/06 Trabajo aceptado 30 de julio/06. E-mail ruesafo04@latinmail.com.

contribuir a minimizar el dolor en el pequeño paciente.

PALABRAS CLAVES: Dolor, Pediátrico, Hospitalización, Paciente.

SUMMARY

The PAIN in the patient pediátrico is framed in the course of its hospitalization, the great majority of procedures and added to these the algidity that produces the patológico process that this attending. The Association the International for the study of the pain, defines this as: "A disagreeable sensation and emotional experience associated con present or potential to the weave". Se can will classify: The quality according to the type of the pain, the type of pain, the location, the quality according to its sensitivity, its intensity, and the chronology.

The quality of life of the hospitalized boy is altered because the hospitalization process increases to the vulnerability of the boy originating to him an upheaval of adaptation characterized by anxious and depressive symptoms like answer to the Pain, to the institutional medio ambiente, the medical and surgical procedures, y to the separation of the nucleus family.

The paper of Infirmary in the handling of the Pain in the hospitalized boy goes more of the accomplishment of certain invasive or noninvasive procedures; it is made excellent have the human calidez, rapidity and skill for the accomplishment of such and this one way to contribute to diminish the pain in the small patient.

KEY WORDS: Pain, Pediatrico, Hospitalization, Patient

Probablemente, la primera y más importante razón que contribuyó al desarrollo del médico y de la medicina fue el síntoma "dolor". De todos los males que afligen al hombre, el dolor parece ser el que más rápida y urgentemente necesita ser atendido y tratado. Éste es el más espectacular y, en algunos aspectos el más desconcertante de los sistemas que desempeñan un papel en el mantenimiento de nuestras vidas.

La Asociación Internacional para el estudio del dolor, define éste como: una sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido. Es difícil entender a una persona sobre lo que esta sintiendo con respecto al dolor que experimenta independientemente de su localización, pero más aún cuando quien refiere

el dolor es un niño , que con sus palabras y/o gestos según su edad la gran mayoría de veces es ininteligible.

“Los avances recientes en la neurobiología del dolor han abierto un panorama fascinante sobre los nuevos mecanismos de función neuronal y ofrecen grandes posibilidades terapéuticas para el futuro cercano... Entre los estudios que contribuyeron notablemente a la comprensión de la neurofisiología del dolor, figuran la analgesia inducida por estimulación de diversas estructuras nerviosas; el papel de neurotransmisores, tales como la sustancia P, la somatostatina, la dopamina y la serotonina; la identificación del receptor opiáceo y del mecanismo y sitios de acción de la morfina. En 1975 el descubrimiento y caracterización de un sistema previamente desconocido de analgesia endógena, las encefalinas/endorfinas o morfina endógenas, completó esta transformación.”¹

En un gran porcentaje todas las alteraciones del cuerpo causan DOLOR, sin embargo la capacidad de diagnosticar diferentes trastornos depende en alto grado de un conocimiento de las diversas calidades del dolor, es decir saber como puede irradiar de una parte del cuerpo a otra, en qué forma puede diseminarse en todas direcciones desde el foco álgido, y, finalmente cuáles son las diferentes causas del dolor.

Es por tal motivo que el DOLOR se define como: “Un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso”²

COMPONENTES DEL DOLOR

De una forma simple el DOLOR puede ser dividido en cuatro componentes:

- * Transducción.
- * Transmisión.
- * Modulación.
- * Percepción.

¹ ROMAN CAMPOS, Gustavo. Médico. NEUROLOGIA PRACTICA-principios de fisiopatología, clínica y terapéutica neurológicas. Capítulo Sexto DOLOR-.SALVAT EDITORES COLOMBIANA S.A., primera edición 1982. Pág. 297

² GUYTON, Arthur C. Doctor. TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA. Capítulo 50: sensaciones somáticas; dolor, dolor visceral, cefalea y temperatura. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. México , D.F. 1986 SEXTA EDICIÓN. Pág 729

El dolor se inicia con un estímulo nocivo a nivel celular o tisular que desencadena una actividad eléctrica en las terminales nerviosas sensoriales (receptores) contenidas en dicho tejido, este proceso se conoce como transducción.

La segunda etapa es la transmisión, que se refiere al paso de impulsos del sitio de origen, por vía de los nervios sensoriales periféricos, a la médula espinal, y de allí, mediante neuronas de relevo, al tallo cerebral, tálamo y corteza cerebral.

La información del dolor, acerca del evento nocivo, es codificada por la frecuencia de impulsos generada en el nervio estimulado, cada nervio, está compuesto por un paquete de axones que varían en su diámetro, presencia de mielina, frecuencia de activación en respuesta al estímulo y velocidad de propagación del estímulo.

La modulación se refiere a la inhibición o intensificación selectiva de algunas transmisiones dolorosas, fenómeno que se sucede durante el relevo neuronal, especialmente en el asta dorsal de la médula espinal, mediante circuitos neuronales denominados neuronas internunciales. La magnitud del dolor depende del grado de la lesión, del grado de inervación del tejido con nociceptores y del estado emocional del sujeto que lo sufre, que a su vez está modificada por las experiencias previas.

La intensificación es un fenómeno que determina una mayor facilidad para que los estímulos dolorosos lleguen a ser percibidos como tal, y adquieren especial significancia en el postoperatorio, donde una actitud preventiva, mediante analgesia previa o anestesia local de las fibras nerviosas aferentes, impedirá que se desencadene el evento con sus molestas consecuencias para el paciente.³

Finalmente sucede la percepción del dolor cuando éste, es subjetivamente percibido por el individuo. Los estímulos alcanzan la corteza en forma directa por el haz neo-espinotalámico haciendo consciente la información.

PSICOLOGIA DEL DOLOR

El dolor es una experiencia subjetiva, muy afectada por factores psicológicos; en donde la sensación del mismo es tanto fisiológica como psicológica. Desde el punto de vista de la

³ ITALMEX. "Productos Científicos". Revista: Usted y Vaydol... ¡Unidos contra el dolor! Pág. 4-8

fisiología, como se dijo anteriormente se origina a partir de los receptores sensoriales distribuidos por todo el cuerpo.

Cabe destacar el desarrollo de los substratos anatómicos y funcionales se presentan, en su mayoría desde la etapa fetal hasta los primeros años de vida. Los receptores cutáneos inician su desarrollo en la región perioral alrededor de las 6 semanas de gestación y están bien distribuidas antes de las 20 semanas de gestación. Un recién nacido a término tiene una densidad de receptores sensoriales cutáneos comparativamente mayor que el adulto.

Hay evidencia acumulada que la percepción dolorosa en lactantes no depende del grado de mielinización y que las vías del dolor están formadas antes de nacer. Numerosos estudios han demostrado que los neonatos y lactantes pueden recordar el dolor. Hay evidencia que sugiere que ocurren cambios en las estructuras periféricas en los lactantes prematuros sujetos a injurias repetidas. De igual forma niños con síndromes de dolor recurrente o dolor crónico han demostrado más alteraciones de comportamiento, más aislamiento social y bajo rendimiento escolar. Además los niños tienen la habilidad de autoinformar su dolor a la edad de tres años y se puede medir desde el nacimiento, tanto en prematuros como en recién nacidos a término.⁴

Pero parece ser que las actitudes psicológicas y culturales vencen los estímulos de dolor más fuertes. Así, el dominio de las sensaciones físicas es casi normal en las ceremonias religiosas del Oriente, los hindues participan en un acto expiatorio de Kuala Lumpur (Malasia) donde llevan clavadas agujas en la piel, y al observar sus facies no parece sufrir o tener dolor a causa de las mismas.

También hay variaciones importantes entre los dos sexos: "Los hombres son más sensibles al dolor que las mujeres además el tipo de vida y el carácter personal varían la sensibilidad del dolor"⁵

Las investigaciones demuestran que tanto los hombres como los animales aprenden enseguida a evaluar la experiencia del dolor, como consecuencia de acontecimientos en la infancia. Existen pruebas de que una excesiva protección contra las lesiones reduce la

⁴ MENDOZA TARAZONA Martha K, y colaboradores. Estudiantes de VI semestre de Enfermería .UFPS-Cúcuta (Norte de Santander) Investigación „ Conocimientos, Y Practicas Del Personal De Enfermería En El Manejo Del Dolor Que Experimenta El Neonato Durante La Puncion Venosa Y El Paso De Sonda Orogastrica, Realizados En Los Servicios De Cuidados Intermedios Y Uci Neonatal, De La Ese Huem En El Mes De Mayo Del 2006“. Pág 10 .

⁵ BEAZLEY, Mitchell .Enciclopedias Limited. GRAN ENCICLOPEDIA DIDACTICA ILUSTRADA El Cuerpo Humano-Volumen 1 .Salvat Editores , S.A. 1988Pág. 36-37

capacidad de sentir dolor o de evaluar los estímulos dolorosos.

Esta privación sensorial puede ser peligrosa, ya que el dolor es una importante sensación protectora, que asegura la retirada de las partes del cuerpo que están siendo dañadas, además de ser un útil indicio de las enfermedades. La Hipoestesia es una anomalía nerviosa rara, que padecen algunas personas y consiste en una gran disminución, a veces total, de las sensaciones dolorosas. Esta condición aumenta el riesgo de lesiones, además de reducir sus esperanzas de vida, por carecer del indicador doloroso de muchas enfermedades.

En la literatura se encuentran diferentes clasificaciones del dolor, en éste artículo nos vamos a referir a las más utilizadas: La calidad según el tipo del dolor, el tipo de dolor, la localización, la calidad según su sensibilidad, su intensidad, y la cronología.

La calidad según el tipo del dolor se ha clasificado en tres tipos diferentes: Dolor quemante, punzante y continuo. El dolor punzante se percibe cuando se pincha la piel con una aguja, o cuando es cortada con un cuchillo. También se percibe cuando una zona amplia de la piel es irritada en forma difusa, pero intensa. El dolor quemante, es el tipo de dolor experimentado al quemarse la piel, esta es la variedad del dolor que hace sufrir más. Y por último el dolor continuo de ordinario no se percibe en la superficie del cuerpo; se trata de un dolor profundo que causa diversos grados de molestia.

Cabe anotar que el dolor punzante se debe a estimulación de fibras de tipo A delta, en tanto que el dolor quemante o continuo se debe a estimulación de fibras C.

Los receptores del dolor en la piel y en todos los demás tejidos son terminaciones nerviosas libres. Se hallan dispersas en las capas superficiales de la piel y también en algunos tejidos internos como periostio, paredes arteriales, superficies articulares y la tienda de la bóveda craneal.

Sin embargo encontramos además las reacciones psíquicas al dolor que probablemente sean mucho más sutiles; incluyendo todos los conocidos aspectos del dolor, como la angustia, la ansiedad, el llanto y la excitabilidad muscular excesiva de toda la economía. Estas reacciones varían tremendamente según las personas para grados comparables de

Tabla No. 1 - Clasificación del Dolor

TIPOS DE DOLOR	ORIGEN	CARACTERISTICA SENSORIAL	ESTIMULO DESENCADENANTE	DOLOR AGUDO
Dolor visceral	-Estructuras viscerales. -Músculo liso.	Nocicepción Vegetativa, poca discriminación	Isquemia Espasmo Tracción Distensión Cáncer Metástasis	
Dolor Somático	-Piel, músculo estriado. -Huesos, articulaciones. -Alteraciones biomecánicas.	Gran discriminación.	Destrucción tisular Isquemia Espasmo Inflamación Cáncer Metástasis	
Dolor Neuropático	-Alteración neurosensorial funcional o estructural		Causalgias Sínd. distrófico Neurológicos Plexopatías Cáncer Metástasis	
Dolor Psicogénico	-Alteración perceptual cognitiva	Gran compromiso afectivo	Gran compromiso afectivo	DOLOR CRONICO

Fuente: Tomado de la revista: Usted y Verydol... ¡Unidos contra el dolor!

La racionalización del dolor solo se puede concebir si integramos a la definición, la parte fisiológica (desde la nocicepción hasta la percepción), las respuestas orgánicas o afectivas, consecuencia de ésta percepción, denominadas sufrimiento y que determinan lo que conocemos como conducta dolorosa, que en conjunto son las actividades que realiza el paciente que permite al observador concluir que la persona está experimentando dolor, convirtiéndose en un círculo vicioso al cual hay que romper por medio de la eliminación del dolor.

Los cambios fisiológicos y psicológicos asociados con un dolor no tratado puede ocasionar grandes consecuencias, especialmente en pacientes quirúrgicos, con otras enfermedades asociadas, o en niños. Afortunadamente en la actualidad disponemos de los medios y recursos para tratar la mayoría de los dolores.

La clasificación del dolor según su localización: Al dolor siempre se le asigna una localización corporal. Puede ser experimentado solo en referencia a una parte del cuerpo o preexistente, tal como ocurre con el miembro fantasma. Los términos que se emplean para describir la localización del dolor son :

- Localizado: Confinado al sitio de origen.
- Proyectado: Transmitido a lo largo de la distribución de un nervio.
- Radiado: Se extiende a partir del sitio de origen.
- Referido. Cuando se presenta en una parte del cuerpo distante a la del sitio de origen.

La intensidad del dolor es una de las características más difíciles de evaluar, debido al aspecto subjetivo de la persona que lo está experimentando. El dolor clínico es generalmente evaluado por medio de escalas, como ya hemos visto al hablar de la medición del dolor.

La calidad según su sensibilidad, éste está intimamente ligado a la lesión dolorosa, es decir al examen físico a menudo se manifiestan desórdenes de la función sensorial ; según los hallazgos en el examen de la sensibilidad encontramos:

- Analgesia: Ausencia de dolor al estímulo doloroso.
- Anestesia: Ausencia de todo tipo de sensación.
- Alodinia: Dolor debido a un estímulo no doloroso.
- Disestesia: Sensación anormal, no placentera.
- Hiperestesia: Sensibilidad aumentada ante los estímulos.
- Hipoestesia. Sensibilidad disminuida ante los estímulos.
- Hiperalgesia: Sensación aumentada ante el estímulo doloroso.
- Hipoalgesia: Sensibilidad disminuida al estímulo doloroso.
- Hiperpatía: Respuesta aumentada a estímulos repetitivos no dolorosos.
- Umbral de dolor: Estímulo mínimo con el que aparece dolor.
- Tolerancia al dolor: Nivel máximo de dolor que el paciente puede tolerar.

Y por último la clasificación según la cronología se deben considerar los siguientes factores: modo de inicio, factores que lo precipitan, exacerbaban o factores que lo alivian, variación del dolor en el tiempo y duración de la experiencia dolorosa.

Es importante constatar la posible interferencia del dolor sobre el reposo y el sueño.

Deben anotarse también los síntomas asociados al dolor: náuseas, disnea, astenia, cambios de carácter, etc, las alergias conocidas, el tratamiento farmacológico que realiza en la actualidad y los que ha realizado anteriormente así como el abuso de sustancias si existe o ha existido. Muy importante es anotar los tratamientos previos no farmacológicos realizados y la efectividad de los mismos.

Una vez que el paciente ha descrito las características de su dolor, deberá localizar las áreas dolorosas en mapas corporales dermatómicos de los que se debe disponer en la

consulta.

Hasta hace pocos años el dolor, que por diversas causas se producía en el paciente de edad pediátrica, no se trataba por diferentes razones. Entre otras destacar que:

1. Faltaba un plan general de acción que se encargase de estos aspectos.
2. La presunta inmadurez que tiene el SNC del neonato hacía pensar que conllevaba una menor percepción del dolor y por tanto no requería una atención importante.
3. Se pensaba que el niño, en general, olvidaba el dolor que podía producirse y por tanto no era tal el problema que se planteaba.
4. El niño al no poder verbalizar en muchos momentos el dolor, éste no se podía medir, por tanto el problema parecía menor de lo que en realidad era.
5. El tratamiento con analgésicos podía resultar peligroso a la hora de su utilización y era mejor no administrarlo.

Con el curso de los años y sobre todo en las dos últimas décadas los razonamientos nos llevan a que no sólo deban tratarse los problemas derivados de una determinada cirugía, tras un accidente o determinada hospitalización, sino que todo aquello que implique dolor en el niño debe ser evitado con los procedimientos disponibles a nuestro alcance.

CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

La prevención del dolor, desde antes que ocurra la intensificación, se traduce en importantes beneficios, especialmente en el niño. Su tratamiento debe ser lo más precoz posible, atendiendo siempre la solicitud del paciente, antes de instaurar rígidos esquemas preestablecidos en las ordenes médicas. Es fundamental, educar al paciente para que solicite analgésicos desde el comienzo del dolor, antes de que éste se haga de difícil tratamiento.

La calidad de vida del niño hospitalizado se altera porque el proceso de hospitalización aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un "trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al Dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos y a la separación del núcleo familiar"⁶

⁶ DURAN E, JARAMILLO J, PEÑARANDA C y URQUIJI I. Como conviven los niños y las niñas, la hospitalización? Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia, 1999. Pág. 20-27

No podemos dejar de un lado las actitudes del niño (a) frente a la hospitalización, ya que cuando esto sucede cambia su vida abruptamente. Donde el hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses según su proceso patológico. Se convierte en su nuevo mundo.

Desaparece la casa, la escuela, los amigos, los hermanos y por que nó sus padres, sus actividades usuales se ven interrumpidas tales como: El juego, el estudio, el descanso y su relación afectiva con sus seres queridos.

En el ambiente hospitalario, "El niño(a) se ve obligado a asimilar múltiples cambios. Teniendo que interactuar con múltiples personas principalmente profesionales de la salud entre ellos (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas , estudiantes), quienes por portar una bata o uniforme examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas"⁷

Los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.⁸

ACTITUDES QUE ASUME EL NIÑO(A) HOSPITALIZADO

La permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, como:

- Se siente enfermo, abandonado por sus familiares, no entiende por qué para estar bien tiene que estar solo. Si el niño se siente solo, es más propenso a estar triste, se desarrolla estrés y bajan las defensas, aumentando de esta manera el dolor.
- El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una

⁷ CAMPOA, MOLINELLO H. y ESCALLÓN C. Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. *Pediatría* 1997. Pág.32.

⁸ Ibid. Pág31

segunda evaluación realizada 78 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%, esto sugiere que contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de habituación, la afectación emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.⁹

- El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; e incluso refiere con sus expresiones el perder el deseo de vivir. Lloran prolongadamente cuando su mamá les deja una vez terminado el tiempo reglamentario de la visita y la llaman repetidamente como si pudiera hacerla regresar. Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. Destacándose entre ellos el llanto prolongado, retraimiento, depresión, sentimientos de soledad, abandono o culpa, conllevando a obstaculizar gravemente el proceso de recuperación de su salud. Es decir; cuando los niños están acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor, lo que contribuye a una rápida recuperación de su salud física.¹⁰
- Unido a la tristeza que siente el niño por la ruptura con el ambiente que le es familiar, encontramos el aburrimiento. El ambiente hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, moverse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad (esto para los que hablan...) Muchos niños manifiestan el deseo de tener un juguete con que jugar, leer un cuento o escuchar la música que más le gusta, salir al aire libre, tener recreación de algún tipo. Y desafortunadamente, la única alternativa que les queda la gran mayoría de veces es sentarse por largas horas frente a un televisor.
- El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: Si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor, teniendo buena disponibilidad para el tratamiento sólo intentando comprender sus sentimientos podrá lograrse una mejoría real de la calidad de la atención que se les brinda, una atención que responda adecuadamente a sus más íntimas necesidades y sea consecuentemente respetuosa de sus derechos.

¹⁰ MAYA J. Ética en la Adaptación Neonatal. *Pediatría* 1998. Pág. 33

⁹ *Ibid* Pág. 34

- Durante la estancia hospitalaria debemos conservar dos frentes de ataque; el primero la prevención que aunque tiene tres niveles nos concentraremos en la prevención secundaria, en donde utilizando la estadística y la semiología, podemos construir unos indicadores tempranos de enfermedad de alta sensibilidad e inespecíficos, tamizando así los niños hospitalizados en casos probables y no probables, confirmando diagnósticos tempranamente con pruebas específicas y la clínica específica, disminuyendo así la morbimortalidad en los hospitalizados. El segundo frente de ataque es la prevención primaria de enfermedades adquiridas durante la hospitalización (infecciones, iatrogenia y psicosociales) evitando la exposición a agentes patógenos, mediante la disminución de la estancia hospitalaria, el aumento de la atención ambulatoria y la prestación de servicios más acordes con la realidad sociocultural, político-económica y científico-técnico de la población.

EL PAPEL DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DEL DOLOR

El papel de Enfermería en el manejo del Dolor en el niño hospitalizado va más allá de la realización de ciertos procedimientos invasivos o no invasivos; se hace relevante tener la Calidez humana, rapidez y destreza para la realización de los mismos y de esta manera contribuir a minimizar el dolor en el pequeño paciente.

Como evitamos y/o minimizamos este dolor:

- La intensidad y duración del dolor puede algunas veces minimizarse por la rápida, eficiente y experta ejecución de los procedimientos invasivos, así: Facilitar el calentamiento con el roce de la mano en el sitio a puncionar para la extracción de muestras o instalación de catéteres venosos, acompañado de presión fuerte y rápida.
- Ejercer la mínima manipulación en Recién nacidos y pacientes quirúrgicos, especialmente.
- Estar pendientes del cambio de pañal y estar atentas en colaborar durante las necesidades fisiológicas de los más grandecitos, si les es imposible o esta contraindicado levantarse.
- Dejarles que se aferren a su juguete preferido y/o dejar que esté presente el familiar más allegado al niño, para disminuir el estrés y por consiguiente el dolor que le producen ciertos procedimientos.

- Propiciar una luz tenue y evitar hacer ruido con los diferentes instrumentos hospitalarios, que son agentes estresantes que en determinado momento le aumentan el dolor.
- Permitir el descanso de 2 a 3 horas sin perturbar.
- Cuadrar la hora de la administración de medicamentos por las diferentes vías, en horarios diferentes a la hora del sueño.
- Aspirar y realizar drenaje postural, según necesidad, no por rutina.
- Proporcionar comodidad con almohadas y cojines, dejar participar a los padres.
- En la administración de analgésicos se debe respetar el horario dependiendo de la patología presente y/o la cirugía. No debo esperar que le de el DOLOR, para administrarle el analgésico al niño. De igual manera antes de realizar las curaciones grandes.
- Es de tener en cuenta que en los neonatos la posible adición y la depresión respiratoria en el RN asociada a los opiáceos, hace que el personal de salud evite administrar y ordenarlos, lo que impide el efectivo manejo del dolor.
- Los no opiáceos como el acetaminofen, pueden ser usados para el dolor suave.
- Otros medicamentos como los sedantes, benzodiazepinas como el Lorazepan y el Midazolán, pueden ser utilizados para la agitación. Sin embargo estos deben ser utilizados únicamente cuando el dolor no ha sido detectado, porque ellos solamente deprimen el comportamiento y la expresión del Dolor y no tienen efecto analgésico y sedante.
- Usar la mínima cantidad de esparadrapo para fijar catéteres y protección de curaciones, teniendo la precaución antes de retirarlo aplicar sobre éste alcohol para facilitar su desprendimiento.

Para terminar nos remitimos al artículo 31 de la convención se resalta: el derecho de los niños AL DESCANSO, EL ESPARCIMIENTO, AL JUEGO, A ACTIVIDADES RECREATIVAS PROPIAS DE SU EDAD Y A PARTICIPAR LIBREMENTE EN LA VIDA CULTURAL Y EN LAS ARTES.

En los servicios de pediatría deberían fijarse espacios físicos y tiempos para estas

actividades, que son finalmente las que más contribuyen al bienestar emocional de los niños y las que facilitan de mejor manera un contacto amable entre niños, padres y funcionarios de la salud.¹¹

CONCLUSIONES

1. El DOLOR sin lugar a dudas es la "sensación desagradable y experiencia emocional asociada con daño actual o potencial al tejido", como la define la Asociación internacional para el estudio del dolor; pero de todos los males que afligen al hombre, el dolor parece ser el que más rápida y urgentemente necesita ser atendido y tratado. Es tan difícil entender a una persona que experimenta un dolor y que no lo describa, entonces cuando quien refiere el dolor es un niño, que con sus palabras y/o gestos según su edad la gran mayoría de veces es ininteligible, es cuando tenemos que estar entrenados y conocer las mil maneras de entender a estos adultos pequeños solucionándoles el problema, su DOLOR.
2. En la atención integral hospitalaria al paciente pediátrico es necesario el mantenimiento de la condición psicológica y emocional, para la completa recuperación biológica y social del niño.
3. Solo cuando se logre la transformación institucional, por medio de la autocrítica, buscando descubrir las fallas existentes, no para quedarse en la crítica, sino con una mirada de futuro cambio y transformación; se garantizará una atención de calidad y una verdadera calidad de vida en los niños y niñas hospitalizados.

*"EL NIÑO ES UN ADULTO EN MINIATURA
Y SU MENTE NO ES LA MENTE DE UN ADULTO EN PEQUEÑA ESCALA"
Rousseau*

¹¹ MOLINA, J. SAGASETA DE ILURDOZ, M. AZANZA, I. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. Unidad de Pediatría Oncológica. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pág. 1.

BIBLIOGRAFIA

AYLLON BARRAZA, Oscar. Desarrollo De La Nocicepcion En El Feto Y El Recien Nacido. Revista diagnóstico. Volumen 41 #3, Mayo-Junio 2003. Perú (on line) Aviable from internet: URL: www.revista diagnostico.com.

BEAZLEY, Mitchell .Enciclopedias Limited. Gran Enciclopedia Didáctica Ilustrada El Cuerpo Humano-Volumen 1 .Salvat Editores , S.A. 1988 Pág. 36-37

CAMPO A, MOLINELLO H. y ESCALLÓN C. Trastorno De Adaptación En Niños Hospitalizados. Pediatría 1997. Pág.31-32-34

DURAN E, JARAMILLO J, PEÑARANDA C y URQUIJI I. Como Conviven Los Niños Y Las Niñas, La Hospitalización? tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia, 1999. Pág. 20-27

GUYTON, Arthur C. Doctor. TRATADO De Fisiología Medica. Capítulo 50: sensaciones somáticas; dolor, dolor visceral, cefalea y temperatura. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V. México, D.F. 1986 SEXTA EDICIÓN. Pág 729

ITALMEX. "PRODUCTOS CIENTIFICOS". Revista: Usted Y Vergydol...¡Unidos Contra El Dolor! Pág. 4-8

MAYA J. Ética En La Adaptación Neonatal. Pediatría 1998. Pág. 33

MENDOZA TARAZONA Martha K, y colaboradores. Estudiantes de VI semestre de Enfermería .UFPS-Cúcuta (Norte de Santander) Investigación "Conocimientos, Y Practicas Del Personal De Enfermería En El Manejo Del Dolor Que Experimenta El Neonato Durante La Punción Venosa Y El Paso De Sonda Orogástrica, Realizados En Los Servicios De Cuidados Intermedios Y UCI Neonatal, De La E.S.E. HUEM En El Mes De Mayo Del 2006". Pág 10 y 12

MOLINA, J. SAGASETA DE ILURDOZ, M. AZANZA, I. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. Unidad de Pediatría Oncológica. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pág. 1.

ROMAN CAMPOS, Gustavo. Médico. Neurología Practica-principios de fisiopatología, clínica y terapéutica neurológicas. Capítulo Sexto DOLOR-.SALVAT EDITORES COLOMBIANA S.A., primera edición 1982. Pág. 297

SIERRA RODRIGUEZ, Pedro Alberto, MD. Revista NESTLE, fascículo N° 174. Temas de pediatría. Calidad de vida en el niño hospitalizado. Bogotá

SUAREZ DELGADO, José Manuel. MD. Evaluación del dolor.
http://www.forcona.org/feea/feea_temas/temas_curso_5/evaluacion_del_dolor.htm