

Desterremos el dolor durante los procedimientos en pediatría

Let's banish pain in pediatrics procedures

Sr. Editor

Un corte para suturar, una herida para limpiar, una vena que puncionar o una fractura que reducir siguen teniendo aún en determinados lugares un denominador común: dos o tres adultos atrapando los lamentos y gritos de un niño que está debajo, mientras que un operador realiza el procedimiento. Este abordaje para los procedimientos dolorosos sigue demasiado presente en nuestros hospitales, cuando debería estar desde hace tiempo desterrado.

Hay muchos "a pesares" en esta historia. En la década de los 90 del siglo pasado, prestigiosas sociedades científicas que abarcan diferentes disciplinas comenzaron a dar los lineamientos para la sedoanalgesia en niños.¹⁻⁴ A pesar de estos firmes y claros lineamientos, sus recomendaciones no fueron fácilmente aceptadas por los ejecutores de maniobras que generan dolor y ansiedad en los niños y adolescentes.⁵

Con el comienzo del milenio la Academia Americana de Pediatría retomó el tema al plantar un mojón histórico derribando con una simple declaración demasiados mitos del manejo del dolor agudo en niños.⁶ Identificó las barreras históricas para su evaluación y tratamiento, fomentó la investigación en la materia y delineó las claves para su manejo, generando un paquete de recomendaciones para el manejo del dolor en el niño desde un enfoque multimodal (farmacológico, cognitivo-comportamental, fisiológico y físico). A pesar de que estas recomendaciones impulsaron a muchas sociedades pediátricas del mundo a trabajar en el tema y de que se han hecho avances, recientes investigaciones muestran, con alarma, que el dolor durante los procedimientos cotidianos de nuestros servicios siguen siendo hoy demasiado prevalentes y demasiado poco tratados por los pediatras.⁷⁻⁹

Un estudio multicéntrico canadiense encontró que los niños internados en distintos centros y niveles de complejidad, y a pesar de presentar en promedio hasta seis episodios dolorosos cada uno, menos de un tercio de ellos recibieron intervenciones médicas para su manejo.¹⁰ Incluso en el contexto de emergencias traumáticas prehospitalarias, y a pesar de contar con equipo médico entrenado en el manejo de sedoanalgesia pediátrica, la provisión de analgesia es deficiente y lejos del ideal.¹¹

No hay justificaciones sostenibles para persistir con estas prácticas negligentes. La evidencia acumulada ha mostrado también en nuestra región que se puede realizar sedoanalgesia con seguridad y eficacia y bajo diferentes protocolos, con los materiales y recursos humanos disponibles en nuestros servicios.^{4,12} A su vez, desde hace años el pediatra cuenta con múltiples guías locales e internacionales que avalan el manejo de estos procedimientos por personal entrenado.¹³⁻¹⁵ Con la capacitación en el esquema PALS (*Pediatric Advanced Life Support*)¹⁶ es suficiente.

Podemos definir la sedoanalgesia en procedimientos como "el uso de sedantes, analgésicos y drogas disociativas para proveer ansiólisis, analgesia, sedación y control motor durante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos dolorosos o desagradables".¹⁵ El pediatra que la aplique debe entender que la clave del éxito para prevenir el dolor o el discomfort del niño está en la anticipación.⁶ Y aunque las evidencias acumuladas en la instalación de las distintas guías disponibles sean mejorables y los protocolos perfectibles,¹⁷ ellas están disponibles para que se apliquen. El pediatra debe conocer los fármacos que deben utilizarse y emplearlos con las precauciones de toda medicación, pero sin miedos.

Todo servicio que reciba niños debe tener políticas de prevención del dolor y contar con personal capacitado para el manejo de este síntoma olvidado. Se han hecho avances, pero creemos que aún queda mucho por hacer. Hay que involucrar a nuestras sociedades científicas en el estudio de este problema para seguir avanzando. No alcanza con los pediatras. Las diferentes disciplinas que participan en la realización de maniobras dolorosas deben considerar el problema del dolor y ansiedad en los niños. Todo el equipo asistencial y las familias tienen que seguir participando en el proceso. Ya hay posicionamientos de importantes asociaciones de enfermería que alertan que nuestros pacientes siguen sufriendo de manera evitable y proponen estrategias para el cambio.¹⁸

Se han construido herramientas para afrontar estas transformaciones. Contamos con guías que delinear recomendaciones en forma clara como actuar en los procedimientos pediátricos.^{14,19} Entonces no es tolerable que un niño se someta a los efectos adversos de nuestra práctica clínica sin que demos respuestas que atenúen el daño. Porque siempre hay daño y de todos los tipos. Algunos medibles en el momento (el dolor no tratado puede desestabilizar al paciente al romper

la homeostasis de su sistemas orgánicos y ponerlo en una situación de vulnerabilidad fisiológica que es prevenible) y otros a largo plazo no muy ponderados. “Si el niño padece dolor, ansiedad o miedo, podrá quedar con una huella afectiva difícil de medir, que puede pensarse como de naturaleza inmunológica ya que condiciona respuestas traumáticas futuras”.¹⁹

Debemos seguir trabajando para que se cumpla el mandato ético de prevenir el dolor en nuestros hospitales y que la terapia ENCIMATICA (“todos encima”) sea un amargo recuerdo. Sin excusas. ■

Dr. Sebastián González Dambrauskas

Unidad de Cuidados Intensivos de Niños.
Centro Hospitalario Pereira Rossell (UCIN-CHPR).
Montevideo, Uruguay.

Dr. Bernardo A. Castro

Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina
UdelaR. Departamento de Emergencia Pediátrica del
Centro Hospitalario Pereira Rossell (DEP-CHPR).
Montevideo, Uruguay.

Dr. Guillermo Kohn Loncarica

Unidad Emergencias. Hospital de Pediatría
“Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina.
gkohnloncarica@gmail.com

Dr. Javier Prego Petit

Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina
UdelaR. Departamento de Emergencia Pediátrica del
Centro Hospitalario Pereira Rossell (DEP-CHPR).
Montevideo, Uruguay.

Dr. Pedro B. Rino

Unidad Emergencias. Hospital de Pediatría
“Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Buenos Aires, Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. Task Force on Sedation and Analgesia by Non-Anesthesiologists. *Anesthesiology* 1996;84(2):459-71.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Pediatrics* 1992;89(6 Pt 1):1110-5.
3. American College of Emergency Physicians. Clinical policy for procedural sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1998;31(5):663-77.
4. Cardozo A, Bello Pedrosa O, Nuñez V, Pujadas Ferrer M, López A. Analgesia Sedación para raquicentesis en niños. *Arch Pediatr Urug.* 1998;69(4):7-15.
5. Krauss B, Zurakowski D. Sedation patterns in pediatric and general community hospital emergency departments. *Pediatr Emerg Care* 1998;14(2):99-103.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family health, Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. The

- assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2001;108(3):793-7.
7. Birnie KA, Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, et al. Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Res Manag* 2014;19(4):198-204.
8. Linhares MB, Doca FN, Martinez FE, Carlotti AP, et al. Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. *Braz J Med Biol Res* 2012;45(12):1287-94.
9. Kozlowski LJ, Kost-Byerly S, Colantuoni E, Thompson CB, et al. Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Manag Nurs* 2014;15(1):22-35.
10. Stevens BJ, Abbott LK, Yamada J, Harrison D, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ* 2011;183(7):E403-10.
11. Rutkowska A, Skotnicka-Klonowicz G. Prehospital pain management in children with traumatic injuries. *Pediatr Emerg Care* 2015;31(5):317-20.
12. De Leonardis Capelo D, Prego Petit J, Bello Pedrosa O, Pujadas Ferrer M. Analgesia y sedación en procedimientos ortopédicos dolorosos en la sala de urgencias pediátricas. *Arch Pediatr Urug.* 2006;77(4):361-7.
13. Pacheco GS, Ferayorni A. Pediatric procedural sedation and analgesia. *Emerg Med Clin North Am* 2013;31(3):831-52.
14. Garcia Roig C, Caprotta G, de Castro MF, Germ RM, Lagomarsino E. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos. Parte 2: Requerimientos y medicación. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(6):524-32.
15. Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet* 2006;367(9512):766-80.
16. Sedation Issues for the PALS. En: Hazinski MF, Zaritsky AL, Chameides L, Pedersen AJ, Adirim T (eds). PALS Provider Manual. Dallas, Tx: American Heart Association; 2002. Págs.379-96.
17. Lee GY, Yamada J, Kyololo O, Shorkey A, Stevens B. Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;133(3):500-15.
18. Czarniecki ML, Turner HN, Collins PM, Doellman D, et al. Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2011;12(2):95-111.
19. Garcia Roig C, Caprotta G, de Castro MF, Germ RM, Lagomarsino E. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos. Parte 1: Aspectos generales, escala de sedación y valoración del dolor. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(5):429-34.

Definición y criterios de exclusión del episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación

Sr. Editor

Hemos leído el trabajo titulado “Episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación con DTPa” de O. Díaz Morales y colaboradores¹ con motivo de un evento padecido por uno de nuestros pacientes de características muy similares al descrito en el texto citado. Su lectura nos ha parecido muy instructiva y útil.

No obstante, queríamos hacer notar que posiblemente se haya deslizado un error en la *Tabla 1*, referente a la definición de un episodio de hipotonía-hiporrespuesta posvacunal al pie de la segunda página.

TABLA 1. Definición de caso de episodio de hipotonía-hiporreactividad

- Episodio de inicio brusco ocurrido en las siguientes 48 horas a la administración de la vacuna en niños menores de 10 años.
- Deben estar presentes todas las siguientes manifestaciones:
 - Hipotonía
 - Escasa respuesta a los estímulos
 - Palidez cutánea o cianosis
- No se considera episodio de hipotonía-hiporreactividad si existe causa conocida que pueda explicar estos signos, si existe urticaria o recuperación del color durante el episodio o si el paciente está simplemente dormido.

El tercer ítem de los mencionados en la tabla se refiere a los criterios de exclusión del episodio de hipotonía-hiporrespuesta o hiporreactividad (EHH): a) otra causa conocida de los síntomas observados; b) urticaria; c) recuperación del color durante el episodio; y d) si el paciente estaba simplemente dormido. El tercero de estos criterios nos ha sorprendido mucho, porque se entiende que los cambios de color del EHH pueden no ser permanentes a lo largo de todo el episodio sin que ello descarte este diagnóstico. Al hacer la correspondiente comprobación en la fuente original citada por los autores, en la revista *Pediatrics* en el año 1998,² la expresión original para este criterio de exclusión del EHH es: "... if normal skin coloration is observed throughout the episode...".

Por lo tanto, creemos que se trata de un error de traducción de la anterior expresión, que proponemos traducir por: "... si se observa color normal durante todo el episodio...". Con esto, los criterios de exclusión del EHH quedarían, ajustándose a la fuente original,² así: a) otra causa conocida de los síntomas observados; b) urticaria; c) si se observa color normal durante todo el episodio; y d) si el paciente estaba simplemente dormido.

Finalmente, agradecer su amabilidad al atender esta carta y el interesante trabajo¹ de los autores del texto aludido.

Un saludo afectuoso.

Madrid a 2 de julio de 2015.

Dr. Ángel Hernández Merino.

Pediatra. Centro de Salud La Rivota,
Alcorcón, Madrid, España.
ahmerino@gmail.com

Milagros Quiles Cano.

Enfermera pediátrica. Centro de Salud Gregorio
Marañón, Alcorcón, Madrid, España.

1. Díaz Morales O, Martínez-Pajares JD, Trigo Moreno J, Ramos Díaz JC. Episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación con DTPa. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(4):e97-e100.
2. Braun MM, Terracciano G, Salive ME, Blumberg DA, et al. Report of a US public health service workshop on hypotonic-hyporesponsive episode (HHE) after pertussis immunization. *Pediatrics* 1998;102(5):E52.

En respuesta a la carta "Definición y criterios de exclusión del episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación DTPa"

En relación a los comentarios expresados por el Dr. Hernández Merino a propósito de nuestro artículo "*Episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación con DTPa*"¹ publicado en 2013, deseamos ante todo expresar nuestro agradecimiento al autor/es de esta carta por el interés despertado por nuestro trabajo y por su aportación.

Respecto a la afirmación sobre el tercer criterio de exclusión del episodio de hipotonía-hiporreactividad (EHH) expuesto en la *Tabla 1*, estamos de acuerdo en que los cambios de color del EHH pueden no ser permanentes a lo largo de todo el episodio sin que ello descarte este diagnóstico, por tanto coincidimos con el autor que se trata de un error de traducción del artículo original² y que el criterio debería presentarse como "si se observa color normal durante todo el episodio", quedando con ello los criterios de exclusión del siguiente modo: a) otra causa conocida de los síntomas observados; b) urticaria; c) si se observa color normal durante todo el episodio; y d) si el paciente estaba simplemente dormido.

Saludos cordiales.

Antequera, 10 de Julio de 2015.

Dra. Olga Díaz Morales. Pediatra.

Dr. José David Martínez Pajares. Pediatra.

Dr. Juan Trigo Moreno. Pediatra.

Dr. Juan Carlos Ramos Díaz. Pediatra.

Hospital General de Antequera (Málaga), España.

olga.dimo@hotmail.com

1. Díaz Morales O, Martínez-Pajares JD, Trigo Moreno J, Ramos Díaz JC. Episodio de hipotonía-hiporreactividad posvacunación con DTPa. *Arch Argent Pediatr* 2013;111(4):e97-100.
2. Braun MM, Terracciano G, Salive ME, Blumberg DA, et al. Report of a US public health service workshop on hypotonic-hyporesponsive episode (HHE) after pertussis immunization. *Pediatrics* 1998;102:E52.

Sobre el transporte seguro de los niños. Carta al Editor y a los lectores

Queridos colegas

Esta comunicación es de algo muy bueno para nuestros niños, en realidad para la protección de su vida.

Hace mucho tiempo que trato (junto con otros) de difundir cómo tienen que ser transportados nuestros niños cuando viajan en automóviles. En general no es un tema que despierte mucho interés.

Finalmente, en junio de 2015, el Concejo Deliberante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires votó la aprobación de una ley coherente para cuidar a nuestros niños en el transporte, similar a las leyes de otros países con más cultura por el cuidado de la vida.

Esta norma nos permitirá a los pediatras, indicar a los padres con la fuerza de la ley, la manera correcta de llevar a sus hijos en los automóviles.

Pienso que debe ser un motivo de alegría para todos los médicos que nos esforzamos en cuidar algo tan frágil y vulnerable como es la vida o la integridad de nuestros niños, tener un recurso más para facilitar la tarea preventiva, siempre mejor y más efectiva que actuar sobre los hechos consumados.

Este comienzo, con las leyes en la Capital Federal, puede ser el primer eslabón de la tarea que hay que hacer en todo nuestro país, para lograr que todos los niños, a través de la difusión y comprensión adecuada de estas normas, puedan estar protegidos adecuadamente al ser transportados.

Toda idea nueva tiene detractores. Muchas veces por no conocer a fondo el problema, se generan opiniones encontradas con el ideal buscado; por eso es muy importante la correcta difusión y el manejo que se haga de estas normas.

Estas leyes no están para beneficiar a los que fabrican sistemas de seguridad, ni cumplen una función recaudatoria, sino que están hechas para salvar vidas. Y hay que recordar que los autos fueron hechos para transportar adultos, no a los niños sin sus elementos de seguridad.

Algo muy importante, al pensar en los costos de las sillas de seguridad, es que el costo real es el que se obtiene de dividir su valor (por ejemplo la silla n°1 o huevito cuesta entre 1200 y 4000 pesos)

por los días de uso que serían 730 durante dos años (desde recién nacido hasta los 13 kg). Esto significa 1,64 a 5,47 pesos por día de uso. Como se ve, menos de medio litro de nafta por día, para transportar a sus hijos con la máxima seguridad.

Lo ideal sería que la ley tuviera una difusión adecuada, prolongada en el tiempo, para que la población conozca y se adapte a las nuevas normas. Durante este tiempo la policía debería cumplir una función docente, enseñando a los padres cómo se transporta correctamente un niño, y no solamente con la función de multar.

Esta valorización de la vida debería ser tomada como una motivación fundamental en la fuerza pública que tiene que cuidarnos, y para esto hay que instruirla. Luego será el tiempo de los jueces que tienen que conocer y juzgar la gravedad de la situación.

¿Qué falta? Que el Estado elimine impuestos a estos elementos de seguridad que salvan la vida, difusión pública y compromiso institucional, salas de espera inteligentes con cartelera informativa en los consultorios de los médicos, en hospitales y sanatorios, para que los padres aprovechen el tiempo y aprendan, hasta que se los atiendan, y que los pediatras y el personal auxiliar asuman el desafío que se puede cambiar un mal estado de indiferencia e inacción, frente a la posibilidad de mejorar.

EL Estado asimismo no tiene que descuidar los controles de calidad (homologación) para asegurar el éxito de este valioso esfuerzo.

También debemos difundir entre nuestros colegas obstetras, que el cuidado de la vida en el transporte comienza al día siguiente de la concepción, con la madre sujeta correctamente con el cinturón de seguridad, manejo prudente sin tomar riesgos y una forma de bajarse de los automóviles cuidadosa en que no se sobrecargue al periné.

Finalmente quiero agradecer al Comité de Prevención de Lesiones de la SAP haber compartido durante años estas preocupaciones y haber podido cumplir, como nos enseñó el maestro Carlos Gianantonio, con uno de los papeles de los pediatras en la prevención de lesiones, como fue el de asesorar a los poderes públicos para este logro.

Dr. Luis A. Agote Robertson
Pediatra Vitalicio de la SAP