



Dolor en pediatría

Dr. Jose G. Gudiño Romero

1Médico especialista en anestesiología.

Según la International Association for the Study of Pain (IASP), el DOLOR “es una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”. Para poder hablar de dolor infantil, ya sea agudo, recidivante o crónico, hay que conocer el organismo infantil en su totalidad, no sólo en su aspecto orgánico, sino también en sus aspectos psicológicos (entorno escolar, familiar e incluso espiritual). Lo que demuestra la naturaleza compleja y multifactorial del dolor. El dolor pediátrico a nivel mundial es un tema descuidado en todos sus aspectos, prácticamente ausente de los programas de formación médica, y se le ha calificado como un gran desconocido, olvidado, con mitos, creencias y prácticas erróneas que impiden su adecuado tratamiento. Los neonatos, lactantes y preescolares son los grupos con más riesgos de recibir tratamiento inapropiado, ya sea por desconocimiento de la farmacología o fisiología pediátrica, por inexperiencia, por temor, etc., resultando en terapéuticas inadecuadas (dosis, intervalos, sinergismos, combinaciones, interacciones). Por tanto, hay que entender que los niños son y se comportan diferentes porque están en un proceso de desarrollo y maduración orgánica. Las características fisiológicas más significativas de estos 3 grupos (sobre todo en menores de 2 años) que modifican la farmacocinética y farmacodinámica son: Mayor Volumen de distribución: la dosis de carga los medicamentos hidrosolubles deben ser mayor. Disminución de las α -1-glicoproteínas y albúmina: aumenta la droga libre, es decir, más droga activa circulante. Inmadurez renal: disminución de la excreción del medicamento, inmadurez hepática: disminución parcial del metabolismo de los fármacos. Entonces la dosis de carga debe ser mayor, sin embargo, la de mantenimiento debe ser menor por la inmadurez hepática y renal. El pediatra es el primero en atender al niño con dolor, debido a eso es muy importante conocer la anatomía y fisiología en la infancia (especialmente los menores de 2 años), la farmacología y la fisiopatología del dolor. Existen muchos mitos y errores en el manejo del dolor en pediatría, uno de ellos es con respecto a la inmadurez del sistema nervioso central, suponiendo que la intensidad del dolor es menor en el niño que en el adulto, así como mientras más pequeño menos dolor o que el recién nacido y el prematuro no sienten dolor, porque no tienen conciencia del dolor, sin embargo la realidad es que hay magnificación del dolor debido que a la semana 29 de gestación hay desarrollo total de las vías corticales y subcorticales del dolor, hay hiperalgesia fisiológica perinatal debido a que hay mayor cantidad de nociceptores por metro cuadrado de superficie corporal, hay aumento sustancial P y Glutamato, los estímulos no doloroso generan dolor, por ingreso conjunto de las fibras A β (Dolor) con fibras C (no dolor) en la medula espinal, hay inmadurez de las vías inhibitorias descendentes y del sistema opioide endógeno. Otro mito es que el sexo influye debido a que los niños toleran mejor el dolor que las niñas, la realidad es que hay mayor incidencia en las niñas que en los niños, estructuralmente la percepción es igual en ambos sexos, el componente emocional y el entorno social hacen la diferencia. La inmadurez neurológica/cognitiva, suponiendo que los recién nacidos y lactantes no tiene memoria del dolor y que las experiencias dolorosas no generan consecuencias ulteriores, la realidad es que el dolor puede ocasionar problemas residuales de alimentación, de sueño y estados de excitación, el dolor no tratado a edad temprana tiene efectos psicológicos/fisiológicos a futuro, haciendo que estímulos similares desencadenen más dolor, las primeras experiencias dolorosas determinan la manera de afrontarlo en la edad adulta, no tratar el dolor agudo infantil (quirúrgico, traumatismo, etc.) de manera oportuna y adecuada puede generar cronificación del mismo, antecedentes de dolor crónico infantil generan el doble de probabilidades de padecer dolor crónico a la edad adulta, debido a la mayor plasticidad neuronal en los niños, generando más neoformaciones de circuitos neuronales nociceptivos definitivos. Con la caracterización del dolor un mito frecuente es sostener que evaluar el dolor en los niños es imposible en etapas preverbales (recién nacidos y lactantes), sin embargo el dolor debe evaluarse como un fenómeno multifactorial con sus tres componentes: subjetivo, conductual y fisiológico, hay métodos o escalas de autoevaluación y de heteroevaluación del dolor para cada grupo etario y condición física.

Dr. José Gonzalo Gudiño Romero.

Especialista en Anestesiología

#dolorenpediatría #mitosyrealidadesdeldolor

Referencias Bibliográficas

- 1- Raja SN, Carr DB, Cohen M The revised international Association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020 sept 1;161(9)
- 2- Zuñiga- Espitia. Dolor en pacientes pediátricos hospitalizados en una institución de salud de tercer nivel. Andes pediatr. 2021;92(6):870
- 3- Francisco Reinoso, Nuevos retos del dolor crónico infantil. Ann RANM 2021;138(03):231-236