

SALUD

Tambores, martillos y elección de caras tristes: así explican su dolor los más pequeños

Hasta un 30 % de la población pediátrica lo padece a diario y un niño de cada veinte ve cómo este repercute en su calidad de vida

CINTHYA MARTÍNEZ
REDACCIÓN / LA VOZ



LA VOZ DE LA SALUD

Hay dibujos que describen sentimientos y sensaciones cuando las palabras aún no se manejan con soltura.

Es una de las técnicas a las que recurren los profesionales para conocer cómo es el dolor de los más pequeños. Sobre todo, cuando no existe otra vía, más allá del relato del propio paciente, para conocer y diagnosticar la patología. Unos trazos que adquieren todavía más importancia si se tiene en cuenta que el dolor crónico infantojuvenil es mucho más prevalente que en la población adulta en España. Así lo confirma el doctor Francisco Reinoso, coordinador del grupo de Trabajo de Dolor Infantil de la Sociedad Española del Dolor (SED). «Aunque las cifras oscilan, actualmente se acepta que uno de cada tres niños o niñas van a padecer dolor crónico en su infancia y que en uno de cada veinte, este será de gran intensidad con repercusión importante en su calidad de vida».

El doctor reconoce que, hasta hace poco, «pensábamos que no era relevante en esta edad y que los niños podían aguantar el dolor con más facilidad que los adultos». Creían que, aunque lo tuviesen, se les olvidaba esa experiencia antes de llegar a la edad adulta. La evidencia acabó confirmando que era falso. «Además, como no hablan, interpretábamos que era imposible saber si tenían dolor o lloraban por otros motivos. Y los tratamientos analgésicos que se habían estudiado en adultos no estábamos seguros de su eficacia y seguridad en niños. Por todo esto, pensábamos que era mejor no tratar». Todas estas circunstancias, a día de hoy, han cambiado (y mucho).

«Las causas del dolor agudo en los niños son parecidas a las de los adultos: enfermedades, operaciones y algunas típicas de la infancia como la dentición o los cólicos del lactante», comenta Reinoso. Moisés Leyva Carmoña, miembro del Grupo de Dolor Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP), concuerda: «Solo hay que entender que su percepción o vivencia sí pueden resultar algo diferenciales».

Cuando se trata de dolor crónico (entendido como aquel que dura más de seis semanas), no siempre es fácil encontrar qué hay detrás. «La situación es totalmente distinta a la del adulto porque en ellos no siempre es posible encontrar una enfermedad que sea la causante», asegura Reinoso. «Hasta un 30 % de la población pediátrica tiene dolor a diario», subraya Leyva. Añade que las causas más frecuentes reportadas son el dolor de cabeza (65,6 %), abdominal (47,7 %), de extremidades (46,4 %) y de espalda (38,6 %).

Falsas creencias

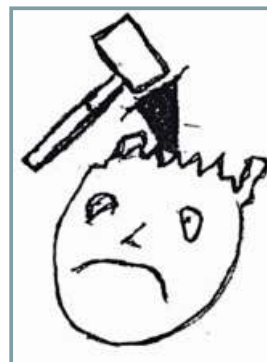
Uno de los mitos alrededor del dolor infantil es que a ellos les duele menos o no lo recordarán en un futuro. «Estos pensamientos no pueden estar más alejados de la realidad», lamenta Leyva. «Hoy en día se sabe que la inmadurez del sistema nervioso central del neonato y lactante, lejos de significar una menor sensibilidad al dolor, implica una mayor vulnerabilidad frente al mismo».

«Cuántas veces habremos observado en niños cercanos cómo, ante un mismo traumatismo, el dolor experimentado es mayor si se sienten observados. Esta reacción no debe ser entendida como una mayor sensación de este, si no como la vivencia social y cultural compartida de su dolor hacia la persona que saben que puede aliviarle», cuenta el pediatra de la AEP. Por eso, desde la neurociencia se han acumulado pruebas sobre el carácter emocional, cognitivo y social que tiene la experiencia del dolor.

Para saber cómo es la intensidad de este, en función de la edad y desarrollo cognitivo del niño, existen diferentes escalas. Por ejemplo, para aquellos menores de tres años o que presentan problemas cognitivos, se puede utilizar la escala FLACC (en inglés, *face, legs, activity, cry, consolability*), un instrumento observacional en el que se tiene en cuenta: la expresión de su cara, la posición y movimiento de sus piernas, su actividad, la frecuencia e intensidad de su llanto o el consuelo. En niños de cuatro a siete años se puede utilizar la escala facial de Wong Baker, siempre que el paciente entienda la herramienta. «Va desde un cero, "no duele", con una cara feliz, a un diez, un rostro lloran-

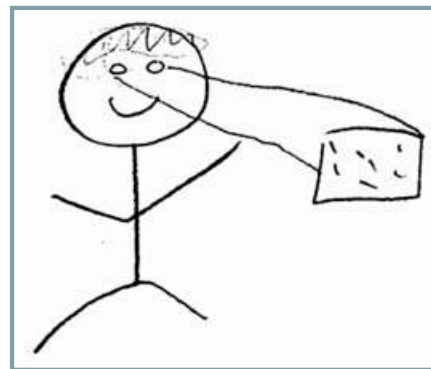


Independientemente de tratar la causa que lo originó, también es importante abordar el dolor en la infancia; su bienestar es prioritario»



Imaginación.

Arriba, el dibujo de un niño de 6 años cuando se le pregunta cómo es su dolor de cabeza. A la izquierda, el de una niña de 9, que dice no saber explicarlo; y el de un niño de 9. Abajo izquierda, uno hecho por uno de 10 y a la derecha, un pequeño describiendo sus síntomas visuales. L. BRICKMAN / C.E. STAFSTROM / K. ROSTASY



do y que significa que duele el máximo. Al niño se le tiene que explicar qué significa cada una y para poder utilizarla, tiene que entenderlo», indica Iván Presno, pediatra en Urgencias del Hospital Materno-Infantil de A Coruña. Si es mayor de siete años, «ya se le puede pedir que exprese verbalmente un número del uno al diez según el grado que experimenta», amplía.

Cuando el análisis de la patología se fundamenta en la clínica que describe el paciente, herramientas como un dibujo pueden resultar muy clarificadoras. El propio Manual de Cefaleas de la Sociedad Española

de Neurología recoge que «en la población infantil es difícil obtener una historia clara en relación con su cefalea. Los síntomas clásicos de la migraña pueden pasar inadvertidos —unilateralidad, síntomas como fotofobia o fonofobia— lo que dificulta el diagnóstico».

«Independientemente de tratar la causa que lo originó, también es muy importante abordar el dolor en la infancia; su bienestar es prioritario», resalta Presno. «Debemos optar por analgesia, ya sea paracetamol, ibuprofeno o fármacos con mayor potencia si el niño lo necesita». Según sus palabras, hasta

hace unos años, «en Urgencias no lo tratábamos de la forma más adecuada, tanto por el miedo a los efectos adversos de la propia medicación, un posible escepticismo a que el niño no esté valorando de forma correcta su dolor, la falta de tiempo por la sobrecarga laboral o porque existían creencias falsas como retrasar la analgesia para que el diagnóstico fuese más preciso cuando se dan patologías como la apendicitis». En realidad, confirma que hoy se sabe que aquella molestia que no se trata y es de gran intensidad tiende a cronificarse y a dificultar su posterior tratamiento.