



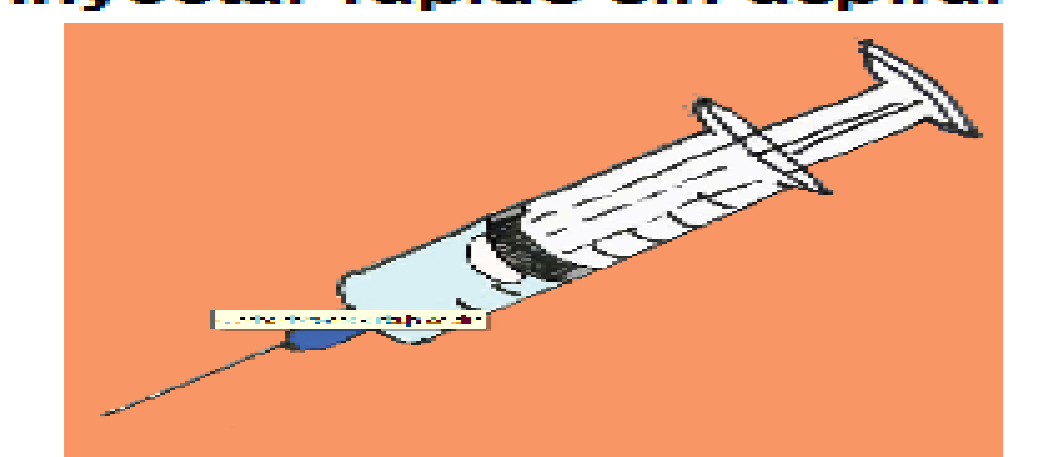




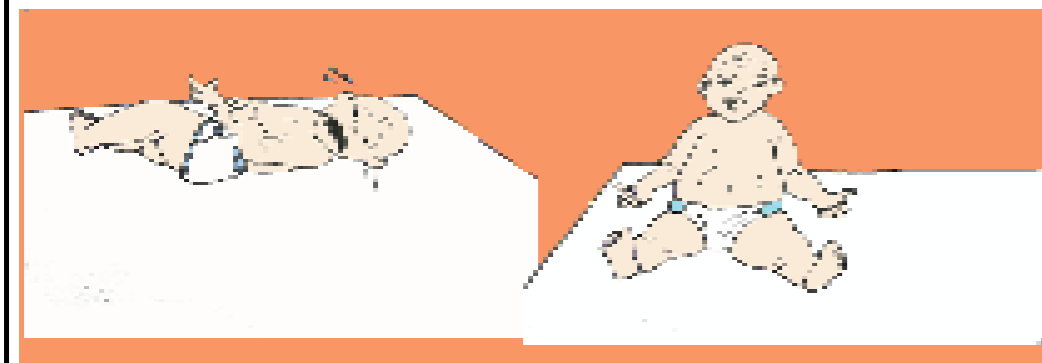


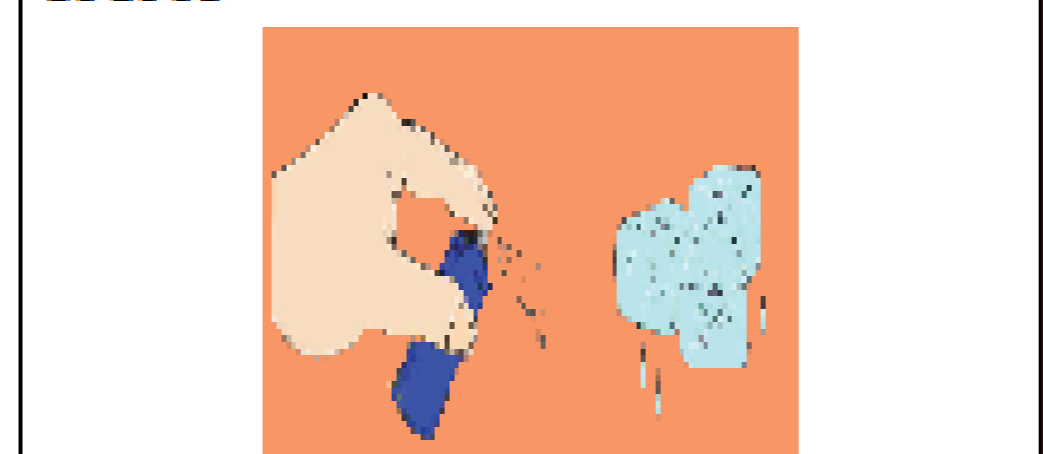
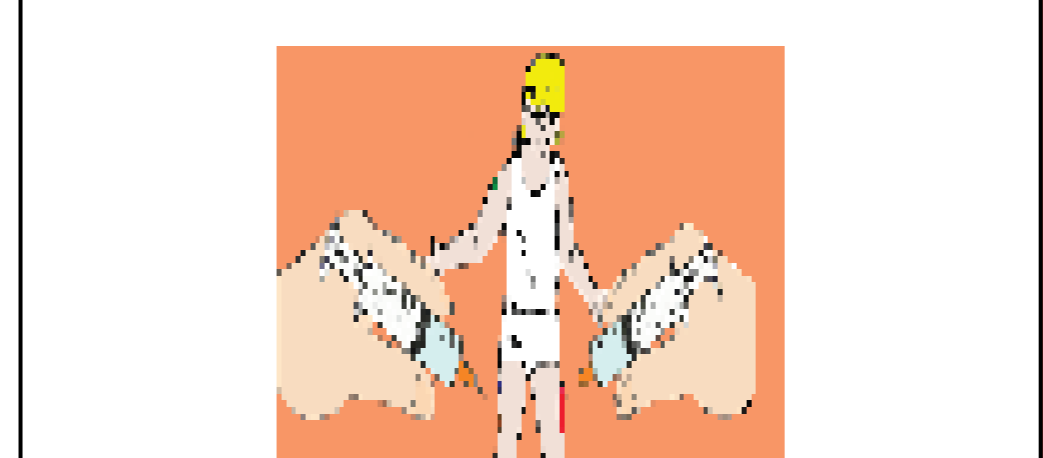

MEDIDAS PROFILÁCTICAS EN INMUNOTERAPIA PEDIÁTRICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR

INTRODUCCIÓN: Hace más de una década se pensaba que la incapacidad de los niños para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo; por lo que no era un motivo de preocupación para los profesionales que interactuaban con este sector. Hoy día contamos con numerosos estudios que demuestran lo contrario. Debido a ello, el **objetivo** ha sido establecer aquellas medidas profilácticas aplicables en pediatría para reducir este dolor.

MÉTODO Y MEDIOS: A través de una búsqueda bibliográfica en distintas fuentes y bases de datos, hemos estudiado una serie de medidas aplicables a dicha práctica basándonos en su evidencia científica.

RESULTADOS:

TIPO DE MEDIDA	EVIDENCIA CIENTIFICA	OBSERVACIONES
Lactancia 	1-A	-Es una intervención analgésica combinada (contacto piel a piel, sabor dulce de la leche y acto de la succión). -Libera endorfinas endógenas. -Debe aplicarse antes, durante y después de la vacunación. -No sustituible por succión mediante biberón.
Agua azucarada 	1-A	-Liberación de opiodes endógenos y distracción. -Dirigida a recién nacidos hasta 12 meses de edad no alimentados con leche materna. -Dosis más común: 2 ml al 25% (dos cucharadas de azúcar diluidas en 10 ml de agua o soluciones ya preparadas). -Administración via oral dos minutos antes de la inyección.
Marcas y tipos de vacunas 	1-A	-Dolor variable en función de diversos factores farmacéuticos (ph, adyuvante y otros). -Si existe más de una marca comercial y éstas son intercambiables, administrar primero la menos dolorosa. Ej: Priorix menos dolorosa que MMR. -Solo aplicable para sarampión, paperas y rubeola.
Anestésicos tópicos 	1-A	-Aplicarlos 20 o 60 minutos antes de la inyección dependiendo del producto que se utilice. -Deben ser cubiertos tras su aplicación para evitar ser ingeridos. -Vigilar posibles efectos adversos.
Inyectar rápido sin aspirar 	1-B	-La inyección lenta y aspirativa está en desuso pues aumenta el tiempo de contacto entre la aguja y el tejido y existe un mayor movimiento lateral de la aguja dentro del tejido causando así más dolor. -Actualmente no se recomienda la aspiración pues los sitios anatómicos a los que se aplica están desprovistos de grandes vasos.
Secuencia vacunas Intramuscular Subcutánea 	1-B	-Inyectar primero las menos dolorosas (ej: Pentavalente) y posteriormente las más dolorosas como pueden ser Prevenar y MMR.
Distracción de los padres 	1-B	-Efectiva con diversos métodos y medios que deben adaptarse a cada edad.
Respiración profunda o soplar 	1-B	-Estrategia de relajación y distracción para niños a partir de 3 años.
Estimulación táctil 	1-B	-El mecanismo de acción consiste en la teoría de control del dolor y la idea de que la sensación del tacto compite con la sensación del dolor para su transmisión al cerebro.
Posición 	1-E	-Excesiva <u>sujeción</u> puede aumentar la angustia del niño. -Mejor incorporado que en decúbito supino pues ello hace que el niño se sienta menos indefenso.

TIPO DE MEDIDA	EVIDENCIA CIENTIFICA	OBSERVACIONES
Agentes climatológicos como el frío 	No Determinada	-Aplicar frío disminuye el dolor aunque no hay pruebas suficientes a favor o en contra de su uso, especialmente a partir de los 6 años
Punción simultánea 	No Determinada	-No hay pruebas suficientes a favor o en contra del uso de inyecciones simultáneas en lugar de inyecciones secuenciales. -Depende de las preferencias de niños, padres y dinámica del centro.
Analgésicos orales (Paracetamol o Ibuprofeno) 	No Determinada	-No existe un beneficio comprobado de la administración de paracetamol o ibuprofeno para reducir el dolor en el momento de la inyección. -Este tipo de drogas pueden interferir con la inmunogenicidad de las vacunas comunes de la infancia.

CONCLUSIONES:

- 1) Intervenciones como el amamantamiento o la administración de sacarosa oral reducen notablemente el dolor y son muy recomendables.
- 2) La inyección rápida sin aspirar, la estimulación táctil de los padres, la secuencia y la respiración profunda, se consideran recomendaciones moderadas, en cuyo caso los beneficios superan a los perjuicios.
- 3) Existe evidencia científica para no realizar la técnica de vacunación en decúbito supino.
- 4) El frío, la punción simultánea y los analgésicos orales tipo Ibuprofeno o Paracetamol carecen de estudios que determinen si su uso es beneficioso o perjudicial para la reducción del dolor.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño. "De la teoría a la práctica". 1ª ed. Editorial ciclo 2004
- Soriano Faura J. "Evidencias en Pediatría". Vol 6. Nº4. Diciembre 2010.
- MedlinePlus Enciclopedia Médica. "Centers for disease control and Prevention". 2009.
- Canadian Medical Association Journal. Vol 182. Nº18. Septiembre 2010.

Autores:

- Cristina Garzón Moreno
- Cintia Gentil Jiménez
- Ana Belén Fernández Casado