

ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEONATAL.

Autor principal:

ROCÍO
FUENTES
RIVAS

Segundo co-autor:

LAURA
MARTIN
LEIVA

Tercer co-autor:

ROCIO
ROJANO
BALLESTEROS

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Neonatológica – Pediátrica

Palabra clave 1:

Neonato

Palabra clave 2:

No farmacológico

Palabra clave 3:

Dolor

Palabra clave 4:

Alivio

Resumen:

Introducción: La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP) describe el dolor como: «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Los neonatos a menudo deben someterse a intervenciones invasivas. Sobre todo los niños que requieren cuidados intensivos, que son sometidos de forma repetitiva a procedimientos dolorosos, en la mayoría de los casos sin medidas analgésicas adecuadas. El tratamiento insuficiente del dolor conlleva un aumento de la morbimortalidad.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión no sistemática de la literatura en las Guías de Práctica Clínica: Guía Salud, National Institute of Clinical Excellence (NICE), National Guidelines Clearinghouse (NGC), Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); En revisiones sistemáticas: Cochrane; En Metabuscadores: Evidencias en Pediatría; y en Bases de datos bibliográficas: PubMed y Cuiden.

Resultados y discusión: Se evaluaron 7 artículos. En 5 de ellos se observó que la administración

de diferentes dosis de sacarosa reducía los indicadores de dolor fisiológicos. En los otros 2 estudios no se encontraron efectos perjudiciales.

Conclusión: las estrategias no farmacológicas explicadas en esta revisión (succión no nutritiva, método canguro, lactancia materna) son muy recomendables por los numerosos beneficios que aportan en la reducción del dolor en neonatos y lactantes y deberían estar integrados en las Unidades Neonatales.

Antecedentes/Objetivos:

La transmisión y respuesta al dolor forma parte de un complejo sistema en el que interaccionan numerosos mecanismos neuroendocrinos, con componentes tanto de sobreestimulación como de inhibición. En el recién nacido a término y pretérmino están inmaduros aún muchos mecanismos inhibitorios, por lo que el neonato puede presentar incluso respuestas fisiológicas y hormonales exageradas frente a un mismo estímulo doloroso que las mostradas por niños de mayor edad o adultos, presentando menor umbral del dolor cuanto menor es la edad gestacional del paciente. Se han producido numerosos avances en el cuidado y manejo del recién nacido (RN) que han contribuido a un aumento importante de la supervivencia de niños enfermos críticos sometidos a procedimientos dolorosos. El tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato.

La frecuencia de los procedimientos en neonatos es variable según las UCIN, pero son pocos los neonatos a quienes se les previene o mitiga este dolor que producen estos procedimientos. Actualmente podemos afirmar que el neonato es capaz de percibir el dolor.

El objetivo de este estudio es revisar la bibliografía existente para conocer si son efectivas las medidas no farmacológicas para la reducción del dolor neonatal y el tratamiento que se debe llevar a cabo ante procedimientos dolorosos con el fin de sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de la importancia que tiene un adecuado manejo del dolor neonatal.

Descripción del problema - Material y método:

Se realizó una Revisión no Sistemática de la Literatura que respondiera a nuestra pregunta de investigación siguiendo el esquema de la pregunta PICO. La búsqueda se realizó entre marzo y abril de 2016.

Se han consultado las siguientes fuentes:

- A) Guías de práctica clínica de relevancia contrastada: Guía Salud, National Institute of Clinical Excellence (NICE), National Guidelines Clearinghouse (NGC), Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- B) Revisiones sistemáticas: Cochrane.
- C) Metabuscadores: Evidencias en Pediatría.
- D) Bases de datos bibliográficas: PubMed y Cuiden.

Se han utilizado los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios en inglés y castellano.
- Estudios de los últimos 10 años.
- Se incluyen los periodos que abarcan desde recién nacido (incluyendo prematuridad) hasta lactantes (12 meses de vida).

- Alivio del dolor en procesos invasivos leves como pruebas de talón y cateterización venosa ó vacunación.
- Inclusión de las siguientes medidas no farmacológicas: succión no nutritiva con sacarosa, método canguro, lactancia materna y swaddling of infants.
- Inclusión de Guías de Práctica Clínica, Revisiones sistemáticas y Estudios Experimentales.

Se han usado los siguientes criterios de exclusión:

- No responde a la pregunta de investigación.
- Todo estudio que tras ser evaluado mediante la herramienta CASPe no tengan el rigor metodológico necesario para ser incluidos en esta revisión.
- Estudios con más de 10 años.
- Estudios que incluyan a niños mayores de un año.

Resultados y discusión:

Se obtuvieron un total de 35 documentos recuperados en las búsquedas, 3 de ellos fueron eliminados por estar duplicados. Nos quedamos con 32 documentos cribados, de los cuales 16 fueron eliminados por no hablar del tema o por no tener acceso al estudio. De estos 16 documentos fueron eliminados 9 (7 por muestra insuficiente, 1 por no comprender los periodos de edad estudiados y 1 por la corta duración del estudio).

Finalmente nos quedamos con 7 documentos para nuestro estudio.

- Se encontró un estudio "Sucrosa para analgesia de recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos" en el que se observó que la administración de diferentes dosis de sucrosa reducía los indicadores de dolor fisiológicos, conductuales y las medidas compuestas de dolor en neonatos sometidos a pinchazo con lanceta en el talón o a venopunción.
- En otra revisión sistemática "Contacto piel a piel para el dolor durante procedimientos en neonatos" se determinó que los signos de dolor, con una combinación de signos físicos y conductuales, apoyan el uso del Método de la Madre Canguro.
- En otra revisión "Tratamiento no farmacológico para los procedimientos dolorosos que se les realizan a los lactantes y los niños pequeños" No hubo diferencias significativas entre el grupo que tomó sacarosa y el grupo control en la escala de dolor. Hay pruebas de que se pueden utilizar diferentes intervenciones no farmacológicas con los recién nacidos prematuros, los recién nacidos y los niños de más edad para controlar significativamente los comportamientos ante el dolor asociados con procedimientos agudamente dolorosos.
- En otra revisión "Lactancia o leche materna para los procedimientos dolorosos en neonatos". 11 estudios midieron la frecuencia cardíaca durante los procedimientos doloroso, de los cuales 5 estudios utilizaron el Premature Infant Pain Profile (PIPP) como resultado primario, y afirmaron que el contacto piel con piel es favorecedor.
- En otro estudio "Soluciones de sabor dulce para el dolor durante procedimientos relacionados con el uso de agujas en lactantes de un mes a un año de vida" La duración del llanto se redujo significativamente en los lactantes que recibieron una solución de sabor dulce (DM -13,47 [IC del 95%: -16,80 a -10,15]), $p = 0,002$ (94%), que no fue posible explicar.
- En un ECA "Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two

degrees of pain procedures: A randomized clinical trial"Se observó un efecto analgésico significativo entre los grupos succión no nutritiva y succión sacarosa tanto en el procedimiento ($F = 5,952$, $p = 0,015$) y la punción en el talón ($F = 7,452$, $p = 0,007$) poco profunda. Para la punción en el talón poco profunda el grupo NS tuvo un aumento significativamente menor en la frecuencia cardíaca. Tanto la succión no nutritiva como la sacarosa, resultan ser eficaces para proporcionar analgesia en recién nacidos a término sometidos a procedimientos dolorosos leves.

- En la última revisión "The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates" Afirmaron que la succión no nutritiva, método canguro, música, cubrir con pañales tienen un efecto favorable evidente en la reducción de la respuesta fisiológica.

Discusión:

Tras evaluar la evidencia disponible sobre el tema de investigación que nos ocupa, queda patente que las actuaciones e intervenciones no farmacológicas explicadas en esta revisión (succión no nutritiva, método canguro, lactancia materna) son efectivas para la reducción del dolor en neonatos y lactantes.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Es imprescindible demostrar que nuestras recomendaciones están basadas en la evidencia. Tras hacer la Revisión de las estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal, se puede afirmar que es una práctica segura y recomendable.

Es necesario apuntar que la evaluación del dolor en la muestra estudiada, es compleja, dado que los signos pueden confundirse con mecanismos de defensa habituales en el recién nacido-lactante (llanto, enrojecimiento, alteración de la frecuencia cardíaca, etc.) Es por este motivo que el personal a cargo de estas unidades debe estar altamente cualificado en enfermería de práctica avanzada y tener una sólida formación en el tema tratado para ser capaces de discernir entre estos signos habituales y el dolor por cualquier causa.

Un aspecto de vital importancia sería la evaluación costo-efectiva de estas intervenciones en la reducción de la medicalización innecesaria en recién nacidos.

Los cuidadores podrían sufrir también respuestas maladaptadas ante los signos de malestar que presenta el infante ante intervenciones dolorosas, y este tipo de intervenciones, en las que además se les puede hacer partícipes, podrían mejorar la respuesta que estos dan ante este tipo de situaciones

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Para concluir añadir que quedarían abiertas posibles nuevas líneas de investigación, como por ejemplo el empoderamiento de los padres en estas medidas de reducción del dolor del neonato.

El bienestar debe considerarse como una necesidad básica y un derecho.

Con el fin de eliminar las repercusiones nocivas del dolor en este rango de población (neonatos), es imprescindible sensibilizar al personal sanitario, convirtiendo el uso de esta escala en una práctica habitual, e implantar una pauta de actuación para el manejo no farmacológico adecuado.

Además este tipo de intervenciones son de fácil aplicación por parte del personal que las lleva a

cabo, la succión no nutritiva con sacarosa si ha demostrado ser efectiva en la reducción del dolor tras intervenciones dolorosas leves, y otras como el método canguro alivian el estrés del sujeto tras la realización de este tipo de intervención.

Bibliografía:

Referencias genéricas

1. Merskey H. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic syndromes and definitions. Pain 1986; S3:S345-56.
2. Dollberg S, Stolik-Dollberg O. Prevention and pain management in term and preterm infant. Harefuah 2004; 143: 54-9.
3. Hubler A. Plans to reduce pain in the neonatal intensive care. Z Geburtshilfe Neonatol 2003; 207: 199-207.
4. Narbona López E, Contreras Chova F, García iglesias F, Miras Baldo M.J. Manejo del dolor en el recién nacido. Asociación Española de Pediatría Neonatología. 2008;(2): 461-469
5. VIDAL, M. A. et al. Dolor en neonatos. Rev. Soc. Esp. Dolor [online]. 2005, vol.12, n.2, pp. 98-111. ISSN 1134-8046
6. Álvarez Tiberio. El Dolor en Neonatos. Enfoque Diagnóstico y Terapéutico. IATREIA 2000; 13 (4): 246 – 256.

Referencias de los estudios:

7. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrosa para la analgesia en recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 8. Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Contacto piel a piel para el dolor durante procedimientos en neonatos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art. No.: CD008435. DOI: 10.1002/14651858.CD008435.
 9. Pillai Riddell R, Racine N, Turcotte K, Uman L, Horton R, Din Osmun L, Ahola Kohut S, Hillgrove Stua
-