

Recomendaciones de
NO hacer en el
paciente pediátrico
con dolor en urgencias
pediátricas



GRUPO DE TRABAJO DE ANALGESIA Y SEDACION

Elaboración del documento

- M^º Concepcion Miguez Navarro
- Irene Martín Espín
- Parisá Khodayar Pardo

Colaboradores del grupo de trabajo que participaron en la evaluación de las acciones (aparición por orden alfabético de apellido)

1. Judith Àngel Solà	20. Jenny Marcela Gómez Salazar
2. Alberto Barasoain Millán	21. Aranzazu González-Posada Flores
3. Eva Benito Ruiz	22. Gloria Guerrero Márquez
4. María del Carmen Cabello Anaya	23. Parisá Khodayar Pardo
5. Nuria Cahís Vela	24. Ana María Llorens Córcoles
6. Amaia Camara Otegui	25. Victoria López Corominas
7. Maria Jose Carbonero Celis	26. Irene Martín Espín
8. Antón Castaño Rivero	27. Sofía Mesa García
9. Nuria Clerigué Arrieta	28. María Cristina Muñoz López
10. María de Ceano-Vivas la Calle	29. Nuria Nieto Gabucio
11. Marta De la Hera Merino	30. Mikel Olabarri García
12. Ana Isabel Fernandez Lorente	31. Garbiñe Pérez Larena
13. Jose Luis Fernández Aribas	32. Mariano Plana Fernández
14. Yolanda Fernández Santervás	33. María Victoria Rios Peromingo
15. Belén Fernández Marcote Martínez	34. María José Sánchez Malo
16. Noelia García Aracil	35. Victoria Sánchez Tatay
17. Silvia García González	36. Elena Sancho Gracia
18. Clara García-Bermejo García	37. Olga Serrano Ayestaran
19. Carlos Garcia-Vao Bel	38. Pilar Storch de Gracia Calvo

ELABORACION DE LAS RECOMENDACIONES

Para la realización del documento se siguieron varias fases:

- **1º fase: Propuestas de recomendaciones de No hacer sobre el manejo del dolor en pacientes pediátricos en urgencias de pediatría.** Para ellos Los miembros del grupo de trabajo participaron en una "lluvia de ideas" sobre acciones de no hacer en relación al manejo del dolor agudo. Las recomendaciones sugeridas debían estar respaldada por la evidencia científica existente. Ya que hasta la fecha no hay ningún documento de referencia con criterios de calidad establecidos con base en la bibliografía existente.
- **2º fase: Evaluación de las recomendaciones propuestas.** Para ello, se agruparon y seleccionaron las propuestas obtenidas de la "lluvia de ideas" y se envió electrónica un cuestionario con todas ellas para comenzar el proceso de evaluación. Este proceso se realizó siguiendo la metodología Delphi-modificada.
- **3ª Fase: Selección y redacción de recomendaciones de no hacer.** En esta fase tras la evaluación se seleccionaron las acciones con mayor puntuación. Posteriormente se llevaron a cabo tareas de mejora de redacción de las acciones.

ACCIONES QUE NO HACER EN PROCEDIMIENTOS DE SEDOANALGESIA PEDIÁTRICAS



NO

ADMINISTRAR UN ANALGÉSICO SIN PREVIA EVALUACIÓN DEL GRADO DE DOLOR O TRATARLO SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y NO EN FUNCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

- Para un correcto tratamiento del dolor, es imprescindible medir cuanto dolor padece el paciente, es decir, es necesario graduar la intensidad para proporcionar el analgésico adecuado.
- El tratamiento del dolor ligado a la enfermedad del paciente pediátrico ha de considerarse un aspecto principal de su atención y debe ser evaluado de forma sistemática durante la asistencia sanitaria.
- Para su evaluación se deben utilizar escalas validadas para la edad y desarrollo psicomotor del paciente y adaptar el analgésico empleado a la intensidad del dolor.
Esto nos permitirá tratar el dolor no solo en base al diagnóstico, sino a su intensidad y las características personales del niño.
- Un paciente con dolor va a tener repercusión no solo en su estado hemodinámico y psicosocial, si no que puede verse afectada con mayor probabilidad la realización de la exploración clínica por el profesional, la realización de exploraciones complementarias, e incluso la cumplimentación de recomendaciones o tratamientos que requieran de su iniciativa.

REFERENCIAS:

- *Míguez-Navarro, María Concepción MD, PhD*, †; Escobar-Castellanos, María MD*; Guerrero-Márquez, Gloria RN*, †; Rivas-García, Aristides MD*, †; Pascual-García, Patricia MD* the Clinical Working Group of Analgesia and Sedation of the Spanish Society for Paediatric§ Pain Prevalence Among Children Visiting Pediatric Emergency Departments, Pediatric Emergency Care: January 18, 2022 - Volume - Issue -doi: 10.1097/PEC.0000000000002580*
- *Guerrero Márquez, G; Míguez Navarro, MC; Sánchez García, I; Plana Fernández, M; Ramón Llácer; M en representación del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de SEUP. Protocolo de manejo del dolor en Urgencias Pediátricas. Abril 2021.*
- *Míguez Navarro M.C. Capítulo 3: escalas de valoración del dolor.. En: Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en Urgencias. Pediátricas. Madrid Editorial Ergon 2018, Pág 12-17.*

NO

IGNORAR EL DOLOR EN PACIENTES VULNERABLES (NIÑOS EN ETAPA PREVERBAL, TEA, PCI O RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR) O EVALUARLO CON ESCALAS INADECUADAS

- La evaluación del dolor se debe realizar en todos los pacientes, independientemente de su edad, grado de desarrollo psicomotor y grado de colaboración.
- En los pacientes que no pueden expresar verbalmente el grado de dolor que padecen, bien por su edad, por presentar problemas de comunicación, por discapacidad intelectual o por presentar una alteración del nivel de conciencia, puede ser difícil identificar la presencia y la intensidad del dolor y tienen un riesgo mayor de no ser correctamente tratados. La evaluación en estos pacientes se realizará con escalas adaptadas a sus características.
- Aunque el autoinforme del dolor es el estándar de oro para niños suficientemente mayores como para realizarlo, los niños que están en una etapa preverbal de desarrollo, niños con alteración del desarrollo psicomotor o en aquellos con alguna enfermedad neurológica, son incapaces de expresar sus sentimientos y dependen completamente de sus cuidadores/familia o profesionales sanitarios para la interpretación y el manejo de su dolor.
- La evaluación del dolor en pacientes en este grupo de pacientes requiere el uso de escalas conductuales u observacionales (FLACC, LLANTO, CRIES, COMFORT...) que se basan en la evaluación de comportamientos, posturas adoptadas, llanto, expresión facial y algunas en parámetros fisiológicos como la tensión arterial o la frecuencia cardíaca.

REFERENCIAS

- Guerrero Márquez, G; Miguez Navarro, MC; Sánchez García, I; Plana Fernández, M; Ramón Llácer, M en representación del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de SEUP. Protocolo de manejo del dolor en Urgencias Pediátricas. Abril 2021.
- Giordano, V; Edobor, J; Deindl, P; Wildner, B; Goeral, K; Steinbauer, P et al. Pain and Sedation Scales for Neonatal and Pediatric Patients in a Preverbal Stage of Development A Systematic Review. *Jama Pediatrics*.
- Kochman A, Howell J, Sheridan M, Kou M, Shelton Ryan EE, Lee S, Zettersten W, Yoder L. Reliability of the Faces, Legs, Activity, Cry, and Consolability Scale in Assessing Acute Pain in the Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2017 Jan;33(1):14-17.
- Miguez Navarro M.C. Capítulo 3: escalas de valoración del dolor.. En: Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en Urgencias. *Pediátricas*. Madrid Editorial Ergon 2018, Pág 12-17.

NO

RETRASAR LA ANALGESIA EN PACIENTE CON DOLOR HASTA OBTENER UN DIAGNOSTICO CLÍNICO PARA NO ENMASCARAR

- Curiosamente, en el caso de la fiebre, esta se suele tratar de manera inmediata e incluso las familias tienden a sobretratarla por miedo a que la fiebre sea peligrosa en sí misma o pensando que así tratan la enfermedad. Sin embargo, con el tratamiento del dolor suele ocurrir todo lo contrario.
- Durante décadas ha existido la falsa creencia que tratar el dolor de manera precoz puede enmascarar síntomas y cambiar los hallazgos de la exploración física, ocasionando un retraso del diagnóstico y secundariamente del tratamiento de una enfermedad grave. El ejemplo más significativo de no tratar el dolor para no enmascarar una enfermedad ha sido sin duda el tratamiento del dolor abdominal agudo. La idea, sin ninguna evidencia científica para esta práctica, era esperar sin administrar analgésico hasta que no se descartaba una apendicitis previamente.
- Tras multitud de estudios, que demostraron que el uso de analgésicos potentes era eficaz en el tratamiento del dolor abdominal, sin aumento de efectos adversos ni retraso en el diagnóstico, se llevó a cabo un cambio en las recomendaciones de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ) que concluyeron que el uso apropiado de analgésicos en pacientes con dolor abdominal disminuía el dolor y no interfería en el diagnóstico o en el tratamiento.
- Diagnósticos frecuentes que producen dolor en el niño como la otitis media, la amigdalitis aguda, o la cefalea, por ejemplo, no desaparecen por administrar un analgésico. El uso de un analgésico para tratar una cefalea no va a enmascarar otros síntomas neurológicos si se tratara de una enfermedad grave. Sin embargo, una vez calmado o mejorado el dolor, mejorará el estado del niño y será posible realizar mejor la exploración física puesto que un niño dolorido se deja explorar peor y colaborará menos

REFERENCIAS

- Guerrero Márquez, G; Miguez Navarro, MC; Sánchez García, I; Plana Fernández, M; Ramón Llácer; M en representación del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de SEUP. Protocolo de manejo del dolor en Urgencias Pediátricas. Abril 2021.
- Bailey B, Trottier ED. Managing Pediatric Pain in the Emergency Department. Paediatr Drugs. 2016 Aug;18(4):287-301
- Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD005660.

NO

EVITAR OPIOIDES MAYORES EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR INTENSO POR MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS

- Los opioides mayores están indicados en el manejo del dolor intenso e insoportable (puntuación igual o superior a 8 en las escalas de valoración del paciente).
- Creencias erróneas en relación a sus posibles efectos secundarios (fundamentalmente la depresión respiratoria), llevan en muchos casos a evitar estos fármacos a pesar de la intensidad del dolor, cuando empleados apropiadamente (dosis adecuada en el paciente adecuado), son eficaces y seguros
- Para disminuir la probabilidad de que ocurran efectos adversos evitables, el personal sanitario debe conocer la dosificación y administración correcta de estos fármacos y estar preparado para resolver las posibles complicaciones que puedan surgir.

REFERENCIAS

- Matson, K.L; Johnson, P.N; Tran, V; Horton, E. R; Sterner-Allison, J. *Opioid Use in Children. J Pediatr Pharmacol Ther* 2019;24(1):72–75. DOI: 10.5863/1551-6776-24.1.72
- Yaster, M; Reid, A. L; Cohen, M.N; and Monitto, C.L. *Opioids in the Management of Acute Pediatric Pain: An Update in a Time of Crisis. Clin J Pain* 2019; 35:487–496.
- Míguez Navarro M.C. *Capítulo 3: escalas de valoración del dolor. En: Manejo del dolor y procedimientos de sedoanalgesia en Urgencias. Pediátricas. Madrid Editorial Ergon 2018, Pág 94-96.*
- AEMPS {Internet}. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; {consultado enero 2022}. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.htm>
- Hauer J, Jones B. *Evaluation and management of pain in children. En: Post TW, editor. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2020 [consultado en enero de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com.*

NO

PRESCRIBIR ANALGESIA A DEMANDA EN VEZ DE PAUTADA EN CUADROS QUE SE PREVÉ DOLOR DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS (CUADROS INFLAMATORIOS, TRAUMATISMOS, POSTCIRUGÍA/CURA)

- Un dolor previsible es aquel que se prevé que se mantenga durante varios días por la enfermedad que lo causa.
- El tratamiento del dolor que se prevé previsible o para un dolor persistente por enfermedad o traumatismo, conlleva la prescripción y administración de analgésicos a intervalos regulares, es decir administrar "según el reloj" y no "según sea necesario". Además, se debe prescribir fármacos de rescate, para el dolor hiperagudo.
- Cuando la prescripción es a demanda, el cumplimiento terapéutico puede verse afectado, ya que la valoración del dolor es subjetiva y puede haber diferencias entre el dolor experimentado por el paciente y el que sus padres creen que padece. Además, la decisión de administrar analgesia en el domicilio puede verse interferida por la creencia de que hay que evitar administrar analgésicos cuando sea posible por miedo a sus efectos secundarios o a que pierdan efectividad.
- Para la prescripción pautaada, los fármacos, el intervalo y los días dependen del proceso o cuadro clínico del paciente. Por norma general, los 2-3 primeros días de un proceso inflamatorio, suelen ser los de mayor dolor y se deberá cubrir con analgesia pautaada esos días.
- Se debe explicar bien a los cuidadores de la probabilidad alta de que el dolor se mantenga unos días y que deben administrar la analgesia según las indicaciones dadas.

REFERENCIAS

- WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23720867.
- Guerrero Márquez, G; Míguez Navarro, MC; Sánchez García, I; Plana Fernández, M; Ramón Llácer, M en representación del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de SEUP. Protocolo de manejo del dolor en Urgencias Pediátricas. Abril 2021.
- Míguez Navarro, Escobar Castellanos, M; Guerrero Márquez, G; Rivas García, A; Pascual García, P and the Clinical Working Group of Analgesia and Sedation of the Spanish Society for Paediatrics. Pain Prevalence Among Children Visiting Pediatric Emergency Departments. *Pediatr Emer Care* 2022;00: 00-00

NO

IGNORAR/OLVIDAR REEVALUAR EL DOLOR TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGESIA

- Es tan importante realizar una adecuada valoración del dolor en la atención inicial a los pacientes, como realizar su reevaluación tras la administración de analgesia.
- Dicha reevaluación debe ser llevada a cabo con el mismo instrumento de medida que se empleó inicialmente, para que los resultados puedan compararse. De este modo podemos valorar la eficacia del analgésico administrado y valorar la necesidad de administrar nuevas dosis de este o emplear otros fármacos.
- El tiempo para realizar la reevaluación dependerá del tiempo de inicio de acción del fármaco, de la vía de administración y de la forma de presentación del fármaco (líquida/cápsula/comprimido) fundamentalmente

REFERENCIAS

- *WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23720867.*
- *Guerrero Márquez, G; Miguez Navarro, MC; Sánchez García, I; Plana Fernández, M; Ramón Llácer; M en representación del Grupo de trabajo de analgesia y sedación de SEUP. Protocolo de manejo del dolor en Urgencias Pediátricas. Abril 2021.*



Grupo de Trabajo de Analgesia y sedación-SEUP