



# “Manejo Psicológico del Dolor en los Niños Quemados”

Elizabeth Arraño<sup>(1)</sup>  
Mónica Valenzuela  
Erma Barrientos<sup>(2)</sup>

*Basándose en la fisiología del dolor se han hecho estudios en relación a su atención, en pacientes pediátricos quemados, en estos grupos, el dolor adquiere singular connotación debido a las características psicológicas del niño, las que varían según la edad que lo hacen susceptible a quedar con secuelas físicas y psicológicas dadas las experiencias vividas.*

*Por un lado, existe la analgesia farmacológica que disminuye el dolor, pero no el temor y la ansiedad en el niño, sumándose a estas las desventajas derivadas de sus efectos colaterales. Esto apoya la teoría de que se obtiene una recuperación más rápida cuando se aplican métodos en que el niño participa activamente en los procedimientos dolorosos de su tratamiento.*

## INTRODUCCION

**L** En el niño al nacer, la sensación del dolor no está bien diferenciada, para que exista respuesta al dolor, el estímulo debe ser intenso; esta hipoestesia dura aproximadamente la primera semana de vida. Posteriormente en el primer mes la respuesta al estímulo doloroso intenso es inmediata, difusa, con movimientos generalizados del cuerpo y posiblemente retiro reflejo de la zona estimulada. Entre los siete y nueve meses hay una localización generalizada de la zona estimulada y el niño presenta movimientos de retiro voluntario. Después del año de edad existe una respuesta más localizada al dolor, que se manifiesta porque el niño lleva su mano a la zona sin llegar a precisar el lugar del dolor lo que logra antes de los dieciseis meses. “A esta edad, por lo general los niños tocan el lugar exacto del estímulo doloroso y si es posible, incluso dirigen la mirada a ese punto” (2).

En cuanto a las aproximaciones de manejo del dolor. Osgood y Szyfelbein plantean que “el dolor asociado a las quemaduras, generalmente será un problema hasta que la cicatrización de ella esté bien avanzada o completa. Hasta ahora existen diversos grados de dolor desde el leve o moderado al agudísimo, asociado a procedimientos terapéuticos como el cambio de apósitos, debridamiento de la herida o terapia física. La intensidad y duración del dolor estará muy influenciada por la frecuencia y extensión de las intervenciones quirúrgicas, que incluyen la extirpación de la escara y retiro de piel de áreas normales para realizar los injertos. Estos sitios donantes, cuando son extensos, a menudo producen un aumento excesivo del dolor. El manejo exitoso del dolor requiere del reconocimiento por los pacientes de factores que pueden contribuir en la experiencia del dolor.

(1) Internas de Enfermería-Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Enfermera Docente Curso Enfermería del Niño Quemado Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

La intensidad del dolor experimentado por un niño, durante el cambio de apósito de la quemadura, está en relación directa con la extensión y profundidad de la quemadura. El pensamiento común que las quemaduras de tercer grado causan poco o ningún dolor, especialmente en los niños, no es válida, ya que en una reciente revisión de Anand y Hickey se refuta este mito y se da clara evidencia de que los sistemas del neonato están capacitados para conducir las más mínimas percepciones dolorosas.

Posteriormente, puede sobrevenir el problema que la enfermera a cargo del cuidado de los niños quemados, tenga dificultad para comprender la función de infligir y revivir el dolor. Este conflicto puede ser la razón fundamental de los numerosos hallazgos en registros, donde se observa la subestimación del dolor por parte de las enfermeras que trabajan con estos niños.

La farmacoterapia, parece ser la clave para el control del dolor, pero existe un reconocimiento creciente de que otras técnicas no sólo pueden reducir la incomodidad de procedimientos dolorosos sino que pueden ayudar a un niño a sentirse mejor.

Los niños quemados a los días, semanas o meses de convalecencia experimentan angustia y reacciones depresivas. Aunque el origen del dolor y la ansiedad pueden ser atenuados por drogas analgésicas y psicotrópicos, se ha observado que a menudo la anticipación al cambio de apósito trae miedo y ansiedad, lo que puede magnificar la percepción del dolor en los niños, durante el procedimiento y puede conducir a un comportamiento totalmente exagerado.

La contribución de la respuesta de stress fisiológico, al dolor y las implicaciones para la recuperación a corto o largo plazo de los niños, por un lado y el estado psicológico por el otro recién ha comenzado a ser dilucidada.

Beales, en un estudio realizado en 1983 en una unidad de quemados con sesenta niños, con un rango de edades entre un mes y

quince años de edad, que presentan quemaduras menores a muy severas y amenazantes para la vida, identificó factores que actúan aumentando la ansiedad, el miedo y la anticipación al dolor. Hizo observaciones cuidadosas de cada niño, comenzando con su ingreso a la unidad y continuando con el reposo, juego y otras actividades, además de los procedimientos dolorosos como el cambio de apósito. Se utilizaron entrevistas con todos los niños mayores de cinco años de edad (50% de la muestra). Por medio del instrumento usado fueron descubiertos sentimientos de miedo, aprehensiones y engaños. Beales observó que el uso de inmovilización durante el cambio de apósito induce un sentimiento de completa impotencia e invariablemente aumentaba el miedo y la anticipación al dolor en estos niños. A menudo mostraban una falta de comprensión del propósito y necesidad de rechazar procedimientos terapéuticos dolorosos; y piensa que estas medidas podrían interferir con la curación en vez de favorecerla.

Esta forma de ver la situación a menudo conducía a resistencia y conflicto entre el paciente y el equipo de salud. El hecho de ver sus heridas descubiertas y comentarios hechos en presencia del niño, por parte de las enfermeras, fueron también influyente en este grupo. La observación por parte del personal médico a menudo fue produciendo dolor en los niños. Las discusiones con otros pacientes en la unidad, servían para reforzar muchos de sus percepciones erróneas y aumentar sus aprehensiones.

Beales sugiere que mucha de la ansiedad y anticipación al dolor, podría reducirse si los niños fueran preparados al comienzo de su hospitalización, realizando descripciones cuidadosas y explicaciones del proceso de cicatrización de las heridas, los propósitos y beneficios de todas las terapias que se administran incluyendo el cambio de apósitos, en términos comprensibles para cada niño en particular.

Esta información necesita ser repetida con tranquilidad o ser estimulada durante la

estadía en el hospital. Se sugiere que se permita al niño tener algún control sobre lo que está sucediendo, por ejemplo, ayudando a remover sus propios apósitos durante el cambio de ellos, lo que puede reducir lo doloroso del procedimiento. Además, Beales recomienda que el niño sea el supervisor en la medida que sea posible, ya sea mirando sus heridas o estimulándolo a comentar acerca de sus dificultades. En vez de la distracción durante los procedimientos aversivos podría ser deliberada la aplicación de este método.

Otro estudio es el de Kavanagh, el cual evidencia que el dolor intolerable, indudablemente hace una significativa contribución a la respuesta emocional del niño quemado, que puede incluir ansiedad severa, depresión, agresión y regresión; estas respuestas pueden complicar e impedir la recuperación física. Kavanagh propuso una nueva técnica para el cuidado de los niños quemados, con la cual pensaba que podía prevenir o modificar los comportamientos indeseados. Consiste en darles el mejor pronóstico y que se les permita un mayor control durante la mayoría de los tratamientos aversivos, lo que podría capacitar al niño para responder mejor frente al cambio de apósitos en particular y a las dificultades de la hospitalización en general. Para probar esta hipótesis, Kavanagh se comprometió en un estudio con niños quemados de una sala de cuidados intensivos del Instituto de Quemados de Boston. Primero el equipo de enfermería fue entrenado en dos técnicas diferentes para el cambio de apósitos. En el primero, la enfermera tenía que hacer una preparación mínima de los procedimientos aversivos, usando distracción y apoyo durante el procedimiento (cuidado super standard). En el segundo método, el niño tiene el control del cambio de apósitos. Así él era estimulado a ayudar a remover los vendajes y aplicar cremas, o aún a debridar sus heridas, la enfermera lleva en su uniforme una cinta roja durante el cambio de apósitos, la ausencia de la cinta roja significa que las heridas estaban sanas, además ella focaliza la atención del niño en los procedimientos y da la información y explicaciones de éstos y la respuesta que se espera de él.

La evaluación de la efectividad del segundo método, demostró que el grupo experimental requería menos medicación para el dolor durante el cambio de apósitos. Por otro lado, en entrevistas con los niños y sus padres se observó que los niños habían asumido actividades normales en la escuela y con los amigos, con una frecuencia mayor que en el grupo con cuidados estandarizados que fueron socialmente separados, prefiriendo permanecer en casa.

En una reciente revisión de Lassef y Mc Ettrick, ellos estudiaron ocho elementos componentes del método de participación, el cual incluye :

1. Informaciones al niño de lo que se espera de él, antes del cambio de apósitos y luego se le mantiene informado acerca del progreso del procedimiento.
2. Énfasis en la necesidad de ayuda del niño para disminuir el dolor en el cambio de apósitos.
3. La opción de ayuda, en la curación ofrecida debe ser seleccionada y apropiada.
4. Mantener control, estableciendo un límite de tiempo razonable para la ayuda que él preste en el procedimiento.
5. Atención del niño focalizada en la tarea de ayudarse y observarse el área quemada que está siendo tratada.
6. Dar felicitaciones generosas por su ayuda.
7. Conversación con él antes del cambio de apósitos, como forma de anticipación a sus reacciones frente al procedimiento.
8. Tener en cuenta que él no debe ser forzado a hacer algo que "no quiere" (3).

Estas técnicas participativas, están siendo usadas con gran éxito por las enfermeras en cuidados de niños quemados de Boston, cuyas edades varían desde los dieciocho meses a los quince años. El método es usado con todos los

grados que parecen factibles y seguros para el niño tratado en particular.

El uso de esta técnica puede aliviar el trauma, trayendo a ambos beneficios inmediatos y a largo plazo.

## COMENTARIOS

En el paciente quemado se presentan importantes cambios psíquicos; nos encontramos muchas veces frente a un paciente deprimido, con pérdida del deseo de vivir, que no cumple indicaciones o con el llanto aterrizado del niño que presiente que va a ser sometido a una curación. Es importante la actitud de la enfermera, ya que el acercamiento psicológico al paciente será su preocupación primordial, por tanto se esforzará en lograr una corriente de empatía que va a determinar la confianza y tranquilidad del niño frente a lo que le angustia, el dolor en todas sus manifestaciones.

Se ha observado la labor realizada en la incorporación de ayuda al niño quemado (Coaniquem) para disminuir el dolor, ellos usan la terapia psicológica (proyección de videos, estimulación, juegos en que los niños curan muñecos y se familiarizan con los elementos de una curación y otras actividades.

Es la infancia, el período cuando las experiencias dejan una secuela más profunda y para toda la vida, en algunas oportunidades por tanto, es importante que el dolor sea una situación de afirmación de la personalidad del niño y no una experiencia traumática desintegradora. Por otro lado, se considera importante medir la propia capacidad para enfrentar la situación, ya que difícilmente se puede pedir al niño una conducta adecuada si no se la ha asumido.

La participación del niño en su propio cuidado es una medida que depende, para su aplicación, de la edad del niño, de su capacidad

de comprensión, grado de ansiedad preparación del personal de salud, etc., pero creemos que es útil para disminuir el dolor.

La analgesia farmacológica, no es la más importante, pero si, debe ser utilizada en casos, en que el dolor es tan intenso que no es mitigable mediante terapia psicológica.

Muchas veces la ansiedad del niño quemado es la consecuencia de haber vivido la agresividad de las personas que lo trataron o de quienes quisieron hacer demasiado en corto tiempo, sin la adecuada anestesia, provocando por tanto dolor. El niño quemado requiere delicadeza en su trato y contacto con el personal de salud, basado en la confianza que harán lo que esté a su alcance para paliar el dolor.

## BIBLIOGRAFIA

GUYTEN, Arthur C., "Tratado de Fisiología Médica", Cap. 50, Pág. 729-743. VI edición, Editora Intertécnica S.A., 1983.

CASASSAS R. y CAMPOS M.C., "Cuidados básicos del niño sano y enfermo", Cap. Proceso de crecimiento y desarrollo, Pág. 38, I edición, Fondo para el Desarrollo de la Docencia. Vicerrectoría Académica Pontificia Universidad Católica de Chile., 1989.

OSGOOD P. y SZYFELBEIN S., Management of Burn Pain in Children, "Pediatric Clinics of North America", 36 (4), Agosto 1989, Pág 1001-1015

### **Mayor información:**

Elizabeth Arraño  
Escuela de Enfermería  
Universidad Católica  
Vicuña Mackenna 4686  
Santiago - Chile