

Mesa Redonda: Dolor en niños: el síntoma omitido

Tema: Sufrimiento y dolor desde la perspectiva de los niños y sus familias

Autor: Lic. Teresa Méndez

Fecha: sábado 11 de agosto

Cuando un niño enferma suele presentar dolor, sino es en el inicio de la enfermedad, durante los procedimientos que debe recibir para conocer el diagnóstico y/o en el tratamiento. Rápidamente el niño sentirá miedo al dolor y presentará conductas emocionales intensas con sólo ver entrar en la habitación a alguien del equipo de salud. Esta situación emocional impactará en los aspectos subjetivos del dolor, modificando su umbral de dolor.

El concepto de dolor total, implica las distintas dimensiones del ser humano, se refiere al dolor en su dimensión física, emocional, social y espiritual. En los niños se refiere a la tristeza por pérdida de la salud, de la escolaridad, de salir a jugar con amigos, de su familia, de su imagen corporal. Al dolor físico por los efectos secundarios del tratamiento, y otros síntomas desagradables, miedo al dolor. Enojo por tener que ir al hospital, porque debe dejarse hacer cosas que no quiere, por dificultades que puedan surgir en la comunicación con el equipo de salud, por las dificultades para dormir, tener intimidad y pudor durante las internaciones. Ansiedad frente a sólo pensar en ir al hospital, a tener que hacer procedimientos dolorosos, a separarse de sus padres, a tener que dejarse revisar, a usar la cama donde murió otro niño con quien compartía el tratamiento, a la muerte, entre otras cosas. Es por la complejidad que implica el dolor total, que requiere de cuidados continuos con un enfoque multidisciplinario. Intervenciones interdisciplinarias desde el diagnóstico de enfermedades limitantes para la vida (ELV). Donde se trabaje con los padres y con el niño, de acuerdo e realizar (procedimientos, intervenciones médicas, tratamientos o traslados).

Si desde el inicio el niño identifica que los médicos, junto a profesionales del área psicosocial, le hablan y explican situaciones para ellos desconocidas y que despiertan gran temor, y le ofrecen un espacio para conectarse con sus emociones y con la expresión emocional, el niño podrá continuar con el tratamiento como un sujeto activo, con una historia y con deseos. Esto además repercute sobre una adecuada alianza terapéutica y facilita una comunicación sin complicaciones.

En los niños el dolor es más complejo que en los adultos, en tanto sus posibilidades de expresión y de defensa psíquicas son menores dependiendo de la edad.

El dolor de un niño es lo que la madre o el adulto significativo, dice que le duele o como dice que le duele al hijo. Para los padres la percepción del dolor del hijo es tan dolorosa que muchas veces intentan minimizarlo, a veces con el deseo de que no se interne o que se alivie como hasta antes de la enfermedad lo hacía, con cuidados y cariño.

Otro factor en el equipo médico que puede llegar a generar omisión o subdiagnosticarlo es que las ELV son poco frecuentes en la infancia, o por dificultades en la comunicación con los padres o con el niño o por lo complejo que es comprender y aceptar que un niño sufra dolor y muera.

Unido a esto la identificación que se hace con frecuencia entre cuidados paliativos y fin de la vida, no colabora para que los expertos intervengan de un modo complementario a la intervención del pediatra. Por lo que es fundamental formar equipos interdisciplinarios donde el médico pueda pensar junto a profesionales de área psicosocial, sobre los pacientes y sus familias y sobre los aspectos emocionales que intervienen y a veces interfieren para un adecuado manejo del dolor de los pacientes. Estas intervenciones deberían en la medida de lo posible hacerse desde el diagnóstico.