

# Avances y Desafíos para la Psicología



 **FaPsi**  
Facultad de Psicología  
Universidad Nacional de San Luis

 **neu**  
nueva editorial universitaria

## Compiladoras/es

---

Victor Andrés MARTINEZ-NUÑEZ  
Patricio GODOY PONCE  
María Andrea PIÑEDA  
Marina Beatriz FANTÍN  
Marina CUELLO PAGNONE

Lorena BOWER  
Nidia DE ANDREA  
Eliana GONZÁLEZ  
Nicolás KATZER  
Emilse LUCERO MORALES





## **Avances y Desafíos para la Psicología**

**Universidad Nacional de San Luis**

Rector: Dr. Félix Daniel NIETO QUINTAS

Vicerrector: Mg. Jorge Raúl Olguín

**Facultad de Psicología**

Decana: Lic. Silvia LÚQUEZ

Vicedecana: Dra. Roxana VUANELLO

**Nueva Editorial Universitaria**

Avda. Ejército de los Andes 950, 2° Piso Tel: (+54)0266-4424027 Int.  
109/110 [www.neu.unsl.edu.ar](http://www.neu.unsl.edu.ar) [neu@unsl.edu.ar](mailto:neu@unsl.edu.ar)

***Compiladoras/es***

Victor Andrés MARTINEZ-NUÑEZ

Patricio GODOY PONCE

María Andrea PIÑEDA

Marina Beatriz FANTÍN

Marina CUELLO PAGNONE

Lorena BOWER

Nidia DE ANDREA

Eliana GONZÁLEZ

Nicolás KATZER

Emilse LUCERO MORALES

***Facultad de Psicología***

***Universidad Nacional de San Luis***

Avances y desafíos para la psicología / Víctor Martínez Nuñez... [et al.]; compilado por Víctor Martínez. - 1a ed. - San Luis: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2015. 440 p.; 21 x 30 cm.

ISBN 978-987-733-038-0

1. Psicología. I. Martínez, Víctor II. Martínez, Víctor, comp.  
CDD 150

**Coordinación y Administración:**

Ariel Martín Aguilera

**Diseño y Diagramación**

José Sarmiento / Enrique Silvage

**Edición 2015**

Universidad Nacional de San Luis – San Luis – Argentina

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723.

© Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis. Avda. Ejército de los Andes 950, 2° Piso San Luis – República Argentina



**A TREINTA AÑOS DEL CASO JEFFREY LAWSON  
¿QUÉ SABEMOS SOBRE EL DOLOR EN PREMATUROS?**

GÓMEZ, M.C

*Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental  
CIIPME - CONICET*

[celestegomez@conicet.gov.ar](mailto:celestegomez@conicet.gov.ar)

**RESUMEN**

En el año 1985 nació prematuramente Jeffrey Lawson. Su madre Jill relata su paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un hospital de Washington DC. Pero su internación no obtuvo el mejor de los finales. Un mes después de una cirugía de corazón el niño fallece. Se considera que el dolor cumplió un papel protagónico en este lamentable desenlace. Este suceso planteó un cambio de paradigma con respecto a la mirada del dolor en el neonato y en particular en el niño nacido prematuro. A 30 años de este caso nos encontramos con investigaciones que aseguran que las vías neurales que permiten la percepción del dolor en estos bebés, ya se encuentran desarrolladas durante la vida intrauterina, no siendo así en el caso de las vías inhibitorias, generando un aumento de magnitud de dolor en el infante. A través de una revisión bibliográfica se ha realizado un recorrido por los diferentes autores que trabajan este tema. Actualmente los estudios arrojan datos sobre las diversas secuelas a corto y largo plazo como consecuencia del sufrimiento vivido por estos niños durante su internación en UCIN. Allí son expuestos a más de 5 procedimientos por día. Diversas escalas de dolor se han desarrollado para la evaluación del mismo, facilitando la consiguiente aplicación de técnicas farmacológicas y/o no farmacológicas. A pesar de las herramientas con las que contamos, los profesionales de la salud no poseen la información necesaria para su aplicación, prevención y/o tratamiento del dolor. El objetivo de este trabajo fue, en relación a la temática del dolor, aportar a la concientización de los profesionales que tienen a su cargo el cuidado de estos niños.

**PALABRAS CLAVE:** prematuro - dimensión del dolor - Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN).

**ABSTRACT**

In 1985 Jeffrey Lawson was born prematurely. His residence in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) did not get the best end. A month after a heart surgery, the child dies. It is believed that pain played a leading role in this unfortunate outcome. This event poses a paradigm shift regarding the look of pain in the neonate, particularly in children born preterm. At 30 years of this case, we find research that ensures that the neural pathways that allow the perception of pain in these infants, already developed in utero, but were not in the case of inhibitory pathways, generating an increasing amount of pain in children. Through a literature review was conducted a tour of the different authors working in this area. Current studies provide data on the various consequences in the short and long term as a result of suffering experienced by these children during their stay in NICU. There, they are exposed to more than 5 procedures per day. Various pain scales have been developed for evaluation, facilitating the subsequent application of pharmacological and non-pharmacological techniques. Although the tools we have, the health professionals do not have the information necessary for their enforcement, prevention and / or treatment of pain. The aim of this work was, in relation to the subject of pain, contribute to the awareness of the professionals who are responsible for the care of these children.

**KEYWORDS:** premature - dimension of pain, Neonatal Intensive Care Units (NICU).

**INTRODUCCIÓN**

En el año 1985 nació prematuramente Jeffrey Lawson. Su madre Jill (1988) relata su paso por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un hospital de Washington DC. Su estadía allí, sobre todo por una cirugía de corazón que debió afrontar, no obtuvo el mejor de los finales. Un mes después de esta operación el niño fallece, considerando, actualmente que el dolor cumplió un papel protagónico en este lamentable desenlace.

Su madre demanda al equipo médico tras enterarse de que su hijo solo había recibido relajantes musculares y mínimo manejo anestésico con su consiguiente falta de tratamiento analgésico durante el postoperatorio.

Esta denuncia no obtiene los resultados buscados por la madre ya que el equipo médico no reconocía dolor en el niño. Esto se debía a que no existían, hasta ese momento fundamentos científicos que avalaran esta posibilidad. Pero ella no desistió e hizo pública su demanda a través del Washington Post, logrando obtener el apoyo de familiares de niños que transitaban circunstancias similares a las de su hijo.

Esta situación marcó un antes y un después en el paradigma del dolor en el neonato. El fallecimiento de Jeffrey dio vida a nuevas investigaciones que arrojaron resultados muy diferentes a los obtenidos hasta el momento. Pero estos estudios, ¿Han logrado llegar en profundidad al personal de salud? ¿En que medida se han modificado las representaciones del dolor en el personal y el tratamiento ofrecido a estos niños? ¿Ya está todo dicho en lo que respecta al sufrimiento de estos infantes o todavía nos queda un largo camino por transitar?

Se cumplen 30 años del caso de Jeffrey Lawson, de todas formas el no era un caso, era una persona que sufrió dolor. Por lo tanto, parándonos en una mirada que permita integrar a la totalidad de la persona, el objetivo de este trabajo fue sensibilizar al personal de salud acerca del dolor en los niños nacidos prematuros internados en UCIN, considerando sus efectos a corto y largo plazo. Se realizó una revisión bibliográfica sobre la temática que nos compete, teniendo en cuenta los cambios que se fueron suscitando en estos últimos 30 años.

## DESARROLLO

### **La prematuridad**

UNICEF (2010) define como niño prematuro a todo infante nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional. Existe una clasificación de los bebés prematuros realizada por el mismo organismo que se basa en la edad gestacional (EG), a saber: Prematuréz moderada, la edad gestacional se encuentra entre 36 y 31 semanas, Extrema entre 30 y 28 semanas y Muy extrema nacidos antes de las 28 semanas de edad gestacional.

Según el Ministerio de Salud (2012) la prematuridad plantea en nuestro país un serio problema ya que es la primera causa de muerte neonatal y la segunda causa de fallecimiento en niños menores a 5 años.

### **El dolor en el neonato. Definiciones y consecuencias**

Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) este es “*Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrito en términos de ese daño.*” (International Association for the Study of Pain, 2012, [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions))

El mismo puede ser tomado multidimensionalmente, siempre atravesado por la mirada de quien lo esté viviendo, por lo cual podrá considerarse como un enigma. Cibeira (2006) refiere que este enigma reside en la cultura y en la experiencia de cada ser humano. El dolor podría transformarse en sufrimiento cuando adquiere dimensiones psicológicas y sociales.

La American Academy of Pediatrics (2006) postula que el neonato percibe el dolor y que los padres esperan su prevención. Tal vez no sea posible eliminarlo por completo, pero el personal de salud puede utilizar técnicas para reducir los procedimientos dolorosos y/o disminuir la intensidad del mismo. Con respecto a esto, Dinerstein & Brundi (1998) mencionan que la mayor fuente de dolor es iatrogénica, resultado de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos. La prevención en este área no solo debe realizarse por cuestiones éticas, sino también porque la exposición a situaciones dolorosas en el niño, pueden generar consecuencias perjudiciales a lo largo de la vida de la persona.

Pero esta idea no siempre estuvo presente en el personal de salud, se necesitaron años de investigación. Fue Anand (1987) uno de los principales autores que plantearon un cambio de paradigma. El mismo afirmó que la evaluación del dolor en el feto o en el recién nacido es difícil de realizar porque se suele definir a este término como un fenómeno subjetivo. Continúa haciendo mención de los primeros estudios sobre el tema, los cuales concluyeron en que la localización o percepción del dolor no estaban presentes. Por otra parte, estas investigaciones daban resultados tales como que los recién nacidos no pueden tener recuerdos de experiencias dolorosas y de que no eran capaces de interpretar el dolor de una manera similar a la de los adultos. Sobre una base teórica, se argumentó también que, cumpliendo una función protectora durante el nacimiento, el niño poseía un elevado umbral frente a los estímulos dolorosos. Estos puntos de vista



tradicionales habían llevado a la creencia generalizada en la comunidad médica, de que el recién nacido o el feto humano eran incapaces de percibir dolor.

Desde el punto de vista neurológico es necesario definir el concepto de nociceptores. Según García, Amaya, & Narvárez Ramos (2010) estos son receptores de los estímulos dolorosos y se encuentran distribuidos por todo el cuerpo.

Continuando con esta temática Basso (2012) postula que estos receptores comienzan su maduración a nivel embriológico entre las 6 y 8 semanas de gestación. La información proveniente de ellos se procesa a nivel medular, en el tronco encefálico, el tálamo y la corteza somatosensorial (circunvolución parietal ascendente), con una importante modulación del sistema límbico. Estas últimas estructuras comienzan su desarrollo en la semana 14 y alrededor de las 30 semanas lo habrían completado.

El sistema que regula las sustancias que manejan la inhibición y control del dolor todavía no se ha desarrollado del todo en el momento del nacimiento, sino que irá haciéndolo durante los primeros meses de vida extrauterina. *“Existen evidencias fuertes de que las vías neurales inmaduras no son buenas moduladoras del dolor, con lo cual la magnitud del mismo puede ser mayor y su efecto ser aún más duradero en los recién nacidos prematuros”*. (Basso, 2012, p. 256).

García et al. (2010) reconoce que existe una inmadurez del sistema nervioso central en neonatos y lactantes. Esto que antes del año 1985 se interpretaba como una menor sensibilidad al dolor, en realidad implica una mayor vulnerabilidad frente al mismo. Si trasladamos estos conceptos al niño prematuro y sobre todo al muy extremo, nos encontramos con infantes con escasas o nulas defensas ante el dolor. Esto se debe a que el sistema ascendente que permite la percepción del dolor, ya se encuentra en funcionamiento; pero la vía descendente (la que permite inhibirlo), no se encontrará del todo activa hasta varios meses luego del nacimiento.

Ya hace más de una década que Dinerstein, A. & Brundi, M. (1998) encontraban en sus investigaciones con prematuros, resultados similares. Por lo que coinciden en que estos niños no solo perciben dolor, sino que también, producto de su inmadurez se les presentaría con mayor intensidad y de manera difusa.

Si a esta experiencia de sufrimiento se le agrega el fenómeno de plasticidad neuronal presente en el niño, comenzamos a dilucidar lo que podría suceder como secuela de estas vivencias. Siguiendo con García et al. (2010) la neuroplasticidad permite al infante regular por un cierto período, el número de neuronas, sus conexiones y patrón sináptico. Esta regulación depende de los estímulos provenientes del exterior. Si estos son dolorosos, los cambios que se generen a nivel neurológico podrán ser definitivos, generando en el niño una predisposición a presentar un umbral disminuido frente al dolor (mayor sensibilidad) para toda su vida.

Papacci (2011) manifiesta que la infancia es la etapa en la cual se inscribe el significado del dolor y se mantendrá durante el resto de la vida de la persona.

Ya Anand (1987) en sus trabajos sugería que el sistema nervioso completo está activo durante el desarrollo prenatal y que los cambios perjudiciales afectarían a todo el sistema del niño.

Pero esta no sería la única consecuencia, siguiendo con el mismo autor notamos que la persistencia de los cambios de comportamiento en el niño, después de un estímulo doloroso, implicaría la presencia de memoria. A corto plazo, estos cambios de comportamiento pueden interrumpir la adaptación de los infantes a su entorno postnatal, afectando el vínculo padres-hijo, como así también su alimentación. Pero, a su vez, las experiencias dolorosas podrán acarrear consecuencias psicológicas a largo plazo. Según el V Consenso de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN) (2012) en estas últimas se incluirían ansiedad, comportamientos defensivos, déficits en la memoria y aprendizaje y mayor predisposición a la somatización. González Fernández & Fernández Medina (2012) agregan que como consecuencia del dolor, el niño prematuro presenta trastornos de la motilidad y del sueño, involución psicológica, regresión del desarrollo, falta de apetito, presencia de vómitos y regurgitaciones que ocasionan mal aporte nutricional condicionando al crecimiento y desarrollo.

### ***Evaluación y tratamiento del dolor***

Luego de que los investigadores arribaran a la conclusión de que el niño nacido prematuro percibía dolor, fue necesario desarrollar herramientas para su evaluación y su consiguiente tratamiento.

Es así como diversos autores elaboraron escalas de dolor para niños basándose en aspectos fisiológicos y/o conductuales. En el primer caso las técnicas se centran en los datos que aportan los monitores a los cuales el niño está conectado, tales como la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno, la presión arterial, entre otras. En el caso de los signos conductuales se podrán observar gestos como ser contracción naso-labial, apretar párpados, fruncir el entrecejo, llanto o gesto de llanto. También nos encontraríamos con movimientos corporales de las extremidades inferiores y superiores. Frente a esto Gómez (2014) realizó un estudio observacional en niños prematuros de diferentes edades gestacionales. Concluye en que, según la clasificación de prematuros estos infantes demuestran signos diferenciados. A mayor edad gestacional nos encontraríamos con aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la saturación de oxígeno y los signos conductuales ya especificados en este apartado. Pero al disminuir la edad gestacional del niño, sobre todo en infantes extremadamente prematuros podemos encontrar que, frente al procedimiento doloroso no se desencadenan respuestas conductuales. Pero si aparecería una disminución de la frecuencia cardíaca (contrario a lo sucedido en neonatos a término o grandes prematuros) y de la saturación de oxígeno, generando una sensación, para el observador, de que el niño se abandona a su sufrimiento.

Existen diversas escalas de dolor, algunas fueron realizadas para la evaluación en recién nacidos de término (RNT) y otras son aplicables también a los niños pretérmino (RNPT). (Ver tabla 1)

**Tabla 1**  
**Escalas de dolor para neonatos**

Indicadores	Escala	Aplicación	Citas
Comportamental y fisiológico	NIPS(Neonatal Infant Pain Scale)	RNT, RNPT	Lawrence, Alcock, Mc Grath, et al. (1993)
Comportamental y fisiológico	CRIES	RNT	Krechel, & Bildner, (1995)
Comportamental	EDIN (Escala Dolor Disconfort en Neonatos)	RNT, RNPT	Debillon, Zupan, Ravault, et al (2001)
Comportamental y fisiológico	PIPP (Premature Infant Pain Profile)	RNT, RNPT	Ballantyne, Stevens, McAllister, Dionne & Jack (1999, revisión en 2010)
Comportamental	NFCS (Neonatal Facial Coding System)	RNT, RNPT	Vidal, Calderón, Martínez et al (2005)
Comportamental	IBCS (Infant Body Cody System)	RNT	Vidal, Calderón, Martínez et al (2005)
Comportamental y fisiológico	DSVNI (Distress Scale for Ventilated Newborn)	RNT	Vidal, Calderón, Martínez et al (2005)
Comportamental	BIIP (Behavioral Indicators of Infant Pain)	RNT, RNPT	Holsti & Grunau (2007)
Comportamental y fisiológico	Escala de Susan Givens Bell	RNT, RNPT	Jorge López (2010)

Debemos destacar que lo importante de que se realice una evaluación con su consiguiente diagnóstico, es que los resultados de las escalas puedan servir a la hora de prestar tratamiento al niño frente al dolor sufrido.

Existen medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para el manejo del mismo.

González Fernández & Fernández Medina (2012) refieren que, como se trata de un grupo vulnerable hay que tener en cuenta, al ofrecer un tratamiento para el dolor, la máxima eficacia con el menor riesgo.

Si nos centramos en el manejo no farmacológico del dolor, vemos que este se apoya en intervenir a través de medidas ambientales, conductuales y nutricionales. Esto sirve para incrementar la comodidad, estabilidad y reducción del grado de stress del niño. Dentro de esta categoría de medidas podemos incluir también, a la agrupación de tareas por parte del personal de salud, para evitar estímulos repetidos al infante. Respetar los ciclos de sueño-vigilia y el momento de la alimentación, son técnicas claves a la hora de trabajar en la prevención del dolor en el niño pequeño.

Otro método no farmacológico es la utilización de sacarosa en el infante frente a un estímulo doloroso como la punción del talón. Bucher, Moser, Von Siebenthal, Keel & Duc (1995) realizaron

una investigación en donde aplicaron esta sustancia en niños prematuros de menos de 34 semanas de edad gestacional. Los autores afirman que el estudio demostró de manera significativa, que los niños se comportaron con mayor calma frente al estímulo nociceptivo. Esto confirma una observación similar realizada por Blass & Hoffmeyer (1991) en niños a término.

Con respecto a las técnicas farmacológicas, Anand (2001) aconseja la utilización de las siguientes drogas, dependiendo del tipo de procedimiento e intensidad del dolor: opioides (Morfina, Fentanilo) y agentes anestésicos (Lidocaina, EMLA, Ketamina, Tiopental).

En la tabla 2 se podrán observar recomendaciones de técnicas a emplear según el procedimiento que se vaya a realizar en el niño.

*Tabla 2*

*Recomendaciones para la aplicación de técnicas para manejo del dolor según el procedimiento*

<i>Procedimiento</i>	<i>Técnica farmacológica</i>	<i>Técnica no farmacológica</i>
Catéter venoso central	EMLA o infiltración de lidocaina + morfina o fentanilo	Succión no nutritiva + sacarosa
Fondo de ojo		Sacarosa con succión
Catéter venoso o arterial umbilical		Sacarosa, maniobras de contención física
Catéter venoso central de inserción periférica	EMLA	Sacarosa, succión
Colocación de tubo de tórax	Infiltración de lidocaina y opioide	
Punción lumbar	EMLA, evitar sedación	Sacarosa o glucosa a través de succión
Venopunciones / Punciones arteriales	EMLA	Sacarosa, contención física, succión
Aspiración secreciones respiratorias	Considerar utilización de opioides	Técnicas táctiles y/o de posicionamiento
Punción de talón	Evitar EMLA	Sacarosa, glucosa, succión, COPAP, método canguro.

Datos obtenidos de: Anand (2001) y González Fernández & Fernández Medina (2012)

**Posición actual del personal de salud frente al dolor en el niño prematuro internado en UCIN**

Es lógico pensar que luego de lo sucedido a Jeffrey, Jill (1988) buscara información al respecto y hasta nos podemos aventurar a decir que se hizo una experta en dolor en bebés. Leyó artículos médicos, buscó diferentes posiciones propuestas por los científicos y se encontró con el viejo paradigma acerca del dolor, que postulaba que los niños no podían sentirlo. Solo un artículo hablaba del Fentanilo para el alivio del dolor. Pero existiendo esta posibilidad ella se indigna de no haber podido decidir, junto con el equipo médico, el tratamiento que se le daría a su hijo. Jill sabía que él sentiría dolor debido a su cirugía, pero nunca pensó que el personal de salud podía tener ideas tan distintas y distantes. Por eso al juntar fuerzas, luego del duelo de su hijo, hizo que sus ideas empaparan su nación y viajaran por el mundo para comenzar a modificar el procedimiento en estos infantes.

Es cierto que antes del año 1985 había mucho por hacer por el dolor en el prematuro, pero ¿qué fue sucediendo después?

Fue un buen comienzo que en 1987, según refiere Gómez Paz (2013) que la Academia Americana de Pediatría promueva el manejo del dolor en el recién nacido.

Hernández Henández, Vazquez Solano, Juárez Chávez, Villa Guillén, Villanueva García & Murguía de Sierra (2004) mencionan que hace más de dos décadas que se ha logrado realizar un trabajo intenso en torno al dolor en el neonato hospitalizado, pero a pesar de ello, no se ha establecido un tratamiento adecuado para su manejo. Chermont et al (2003) realizaron una encuesta a 104 médicos pediatras, sus resultados arrojaron que solo una tercera parte de ellos conocía alguna escala para valorar el dolor en el recién nacido. El porcentaje restante de profesionales utilizaban parámetros subjetivos como gestos y/o llanto.

Con respecto a la utilización de sacarosa como técnica no farmacológica para alivio de dolor, Gutiérrez Padilla, Padilla Muñoz, Rodríguez Aces et al (2014) concluyen en que es

necesario re-educar en esta metodología a la población de enfermería estudiada en un hospital de México. También manifiestan la necesidad de difundir esta información en el personal de salud para prevenir o tratar el dolor en infantes en estado crítico.

Breña Escobar (2009) realizó un estudio en un hospital de niños de Cuba donde determinó el nivel de conocimiento de los médicos con respecto al dolor. Los resultados que obtuvo demostraron que el conocimiento que poseían no era del más completo.

Villamil Gonzalez, Ríos Gutierrez, Bello Pacheco, López Soto & Pavón Sánchez (2007) postulan que la incapacidad de los infantes internados para verbalizar lo que les sucede ha propiciado la lenta incorporación de técnicas de prevención y manejo del dolor en la UCIN. A esto suele acompañarlo la falta de entrenamiento del personal de salud para su identificación y tratamiento. Los autores continúan afirmando que a menudo no se los evalúa de manera objetiva y esto genera que el dolor se ignore.

Estos datos nos alarman cuando en la actualidad sabemos que los bebés prematuros menores a 32 semanas de edad gestacional son sometidos a 5 o 6 procedimientos dolorosos por día y el 80% de ellos no recibe analgésicos, según datos aportados por el V Consenso SIBEN (2012). El mismo organismo también informa sobre estadísticas en las cuales el número de procedimientos que podrían causar dolor, ascienden diariamente a 14 y cuanto menor es la edad gestacional mayor es el número de ellos.

### ***El lugar del dolor en los derechos de los niños nacidos prematuros***

Un informe elaborado por UNICEF (2006) refiere que en 1989 fue aprobada la Convención sobre los derechos del niño como tratado internacional de los derechos humanos (Ver tabla 3). En ella se reconoce que los niños (considerando a todos los menores de 18 años) son individuos con derechos que les posibilitan el pleno desarrollo físico, mental y social, además de poder expresar libremente sus opiniones. Según UNICEF (2014) el cumplimiento de estos derechos está garantizado por dicha Convención que es parte de la Constitución Argentina (art. 75, inc. 22).

Recién en el año 2010 el mismo organismo desarrolla los derechos del niño prematuro en forma de decálogo (Ver tabla 4). A través de ellos se intenta concientizar a los padres, personal de salud y sociedad acerca de las necesidades de estos infantes. Se postula el trabajo interdisciplinario, siempre integrando a los padres en el cuidado de sus hijos. Si bien se manifiesta la necesidad de tratamientos personalizados según la situación de cada niño y considerando las secuelas que podría acarrear su nacimiento temprano; en ningún momento se nombra al dolor con todas sus letras.

El niño tiene derecho a ser escuchado en su etapa verbal y observado e interpretado en su período preverbal, esto incluye al diagnóstico y tratamiento del dolor.

En 1985 el personal de salud no pudo interpretar las expresiones de dolor de Jeffrey, como la de tantos otros niños en su situación. Sus padres tampoco pudieron ser partícipes de las decisiones que se tomaran con él.

Los años fueron pasando y las investigaciones avanzando, surgieron los derechos en diferentes etapas de la vida de los individuos. Pero el dolor sigue siendo un concepto un tanto tabú, sobre todo si se trata de niños pequeños.

**Tabla 3**  
**Los derechos de los niños, niñas y adolescentes**

<i>Los chicos, chicas y adolescentes tiene derecho a:</i>	
1	A tener un nombre y una nacionalidad que construya su identidad
2	A saber quienes son sus padres y madres para poder ser cuidados y no ser separados de ellos
3	A que el estado garantice a sus padres y madres la posibilidad de cumplir con sus deberes y gozar de sus derechos
4	A crecer sanos, física, mental y espiritualmente
5	A que se respete su vida privada
6	A tener su propia cultura, idioma y religión
7	A pedir y difundir la información necesaria que promueva su bienestar y su desarrollo personal
8	A que sus intereses sean lo primero a tener en cuenta en todos los temas que les afecte, sea en la familia, la escuela, los hospitales, ante los jueces, legisladores u otras autoridades
9	A expresarse libremente, a ser escuchados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta
10	A no ser discriminados bajo ninguna circunstancia
11	A tener a quién recurrir en caso de que alguien los maltrate o les haga daño
12	A no trabajar y a tener una educación de calidad
13	A que nadie haga con su cuerpo cosas que no ellos no quieran
14	A aprender todo aquello que desarrolle al máximo su personalidad, capacidades intelectuales, físicas y sociales
15	A tener una vida digna y plena, más aún si tienen capacidades diferentes, tanto físicas como mentales
16	A descansar, jugar y practicar deportes
17	A vivir en un medio ambiente sano y limpio y a disfrutar del contacto con la naturaleza
18	A participar activamente de la vida cultural de su comunidad, a través de la música, la pintura, el teatro, el cine o cualquier otro medio de expresión
19	A reunirse con amigos para pensar proyectos juntos e intercambiar sus ideas
20	A una vivienda digna

**Tabla 4**  
**Los derechos de los niños nacidos prematuros**

<i>Los derechos del niño nacido prematuro</i>	
1	La prematuréz se puede prevenir, en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
2	El recién nacido prematuro tiene derecho a nacer y ser atendido en lugares adecuados.
3	El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
4	Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
5	Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
6	Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
7	Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.
8	La familia del recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
9	El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.
10	Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

### CONCLUSIONES

Antes del año 1985 no se consideraba que los niños pudieran sentir dolor. Los investigadores postulaban que esta sensación no era posible por la inmadurez neurológica. Pero luego del nacimiento de Jeffrey Lawson el paradigma comienza a cambiar y es justamente la falta de maduración de la vía inhibitoria del dolor lo que demuestra la gran amenaza que este implica para el niño prematuro.

A treinta años del comienzo de un nuevo camino para el concepto del dolor en el neonato, nos encontramos con escalas que permiten su diagnóstico y con tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos. A pesar de ello los estudios realizados en diferentes países demuestran que el personal de salud no se encuentra del todo informado en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Todavía los niños no son evaluados con la periodicidad que necesitarían y se encuentran “subtratados” en relación a su sufrimiento. Todo esto nos hace pensar en la necesidad de concientizar a la comunidad médica y al personal de salud en general,

sobre todo por las graves secuelas a corto y largo plazo que los niños podrían acarrear en sus vidas.

Aunque es un gran logro que se hayan reconocido derechos de los niños y en particular del prematuro, la palabra dolor no se encuentra incluida.

Es importante destacar los avances que se fueron haciendo en la temática pero consideramos que queda un largo camino por recorrer en relación al dolor en el niño prematuro. Futuras líneas de investigación podrían centrarse en los derechos de estos niños y en la planificación de protocolos de manejo del dolor que sean realmente aplicables en las UCIN.

Podemos concluir en que fue una madre y no un científico quien abrió los ojos a los investigadores acerca del dolor sufrido por el niño. Ella "escuchó" la necesidad del infante y nos reveló lo que él no podía decir con palabras pero sí con su cuerpo: el dolor en el niño pequeño existe.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118; 2231. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-2277>
- Anand, K. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The new england journal of medicine*, 317 (21), 1321-1329. Disponible en: <http://www.cirp.org/library/pain/anand/>
- Anand, K. (2001). Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Jama Pediatrics*, 155 (2), 173-180. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.155.2.173>.
- Basso, G. (2012). *Un nacimiento prematuro: acompañando el neurodesarrollo*. Buenos Aires: Ed. Cesarini Hnos.
- Bellantyne, M., Stevens, B., McAllister, M., Dionne, K. & Jack, A. (1999). *Validation of the premature infant pain profile in the clinical setting*. Toronto-Canadá. Disponible en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10617258>
- Blass, E. & Hoffmeyer, L. (1991). Sucrose as an analgesic for newborn infants. *Pediatrics* 87 (2), 215-218. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987534>
- Breña Escobar, D. (2009). Protocolo para el manejo del dolor en pediatría. *Revista médica electrónica*, 31 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000100008&script=sci_arttext)
- Bucher, H.; Moser, T.; Von Siebenthal, K.; Keel, M. & Duc, G. (1995). Sucrose reduces pain reaction to heel lancing in preterm infants: a placebo-controlled, randomized and masked study. *Pediatric research*, 38 (3), 332-335. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7494655>
- Chermont, A.; Guinsburg, R.; Balda, R. & Kopelman, B. (2003). What do pediatricians know about pain assessment and treatment in newborn infants? *J Pediatr*, 79 (3), 265-272. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000300014>
- Cibeira, J (2006). *Tratamiento clínico del dolor*. Rosario-Santa Fé: Ed. Corpus.
- Debillon T, Zupan V, Ravault N, Magny JF, Dehan M. (2001). *Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. PubMed
- Dinerstein, A. & Brundi, M. (1998). El dolor en el recién nacido prematuro. Argentina: *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 17, 97-192. Disponible en: [www.sarda.org.ar/content/download/566/3494/file](http://www.sarda.org.ar/content/download/566/3494/file)
- García, M.; Amaya, E. & Narváez Ramos, R. (2010). *Consideraciones generales sobre dolor*. Dolor en pediatría. Venezuela. Ed. Medica Panamericana. 2da edición.
- Gómez, M. (2014). *Estudio observacional de procedimientos médicos dolorosos realizados a infantes nacidos prematuros internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)*. Encuentro de Jóvenes Investigadores San Luis. Argentina
- Gómez Paz, M. (2013). El dolor en neonatología y práctica profesional. *Nuberos científica*. 9 (2). Disponible en: <http://enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/62>
- González Fernández, C. & Fernández Medina, I. (2012). Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. *Revista de enfermería*, 6 (3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/203/180>
- Gutiérrez Padilla, J.; Padilla Muñoz, H.; Rodríguez Aces, G.; et al (2014). Prevención y tratamiento del dolor en los recién nacidos críticos: experiencia en la UCINEX del hospital civil de

- Guadalajara Fray Antonio Alcalde. *Revista Médica MD*, 5 (4), 195-200. Disponible en: [http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/prevencion\\_y\\_tratamiento\\_del\\_dolor\\_en\\_los\\_recirn\\_nacidos\\_criticos\\_art\\_original.pdf#overlay-context=articulos/vol-5-n%25C3%25BA4-mayo-julio-2014](http://www.revistamedicamd.com/sites/default/files/revistas/prevencion_y_tratamiento_del_dolor_en_los_recirn_nacidos_criticos_art_original.pdf#overlay-context=articulos/vol-5-n%25C3%25BA4-mayo-julio-2014)
- Hernández Henández, A.; Vazquez Solano, E.; Juárez Chávez, A.; Villa Guillén, M.; Villanueva García, D. & Murguía de Sierra, T. (2004). Valoración y manejo del dolor en neonatos. *Boletín médico del hospital infantil de México*, Vol. 61(2):164-173. Disponible en: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000200009&script=sci_arttext)
- Holsti, L. & Grunau, R. (2007). Initial Validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). International Association for the Study of Pain. Vancouver-Canadá. *Pain. Elsevier*, 132, 264-272. <http://www.dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.033>
- International Association for the Study of Pain (2012). *IASP Taxonomy*. Washington DC: [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions)
- Jorge López, M (2010). *Alivio del dolor del recién nacido: ¿Una responsabilidad de enfermería?*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1er Congreso Argentino de Neonatología: <http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/neo/lopezalivio.pdf>
- Krechel, S. & Bildner, J. (1995). *CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability*. Columbia. *Pediatr Anaesth*. PubMed
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, SB. & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. United States. *Neonatal Netw*. PubMed
- Lawson, J. (1988). Standards of practice and the pain of premature infants. USA. Disponible en: [http://www.recoveredsience.com/ROP\\_preemiepain.htm](http://www.recoveredsience.com/ROP_preemiepain.htm)
- Ministerio de Salud (2012). *Semana del prematuro 2012*. Argentina: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46/290-semana-del-prematuro-2012>
- Papacci, P. (2011). Il dolore del neonato. *Quaderni acp*, 18 (1), 19-22. Disponible en: [http://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2011\\_181\\_19\\_22.pdf](http://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2011_181_19_22.pdf)
- Sociedad Iberoamericana de Neonatología (2012). *V Consenso SIBEN: Analgesia y sedación neonatal*. Brasil. Disponible en: <http://www.siben.net/images/files/5oconsensosiben2011analgesiaysedacionlepuedencambiarlogoporfavor1.pdf>
- Unicef (2006). Convención sobre los derechos del niño. España. Disponible en: <http://es.slideshare.net/josselyna/derechos-del-nio-unicef-8237744>
- Unicef (2010). *Aprendizaje y escolaridad del niño prematuro*. Argentina. Disponible en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas\\_prematuros2.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf)
- Unicef (2010). *Semana del prematuro*. Argentina. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>
- Unicef (2014). Todos los derechos para todos los chicos y chicas. La convención de los derechos de los niños. 20 años. Argentina. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/presentacion.swf>
- Vidal, M., Calderón, E., Martínez, E., Gonzalez, A. & Torres, L. (2005). *Pain in neonates*. Revista de la Sociedad Española de Dolor. ISSN (versión impresa) 1134-8046. La Coruña – España: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000200006)
- Villamil Gonzalez, A.; Ríos Gutierrez, M.; Bello Pacheco, M.; López Soto, N. & Pavón Sánchez, I. (2007). Valoración del dolor neonatal: una experiencia clínica. *Aquichan*, 7 (2), 120-129. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/107/215>