

REPENSAR EL CONCEPTO DE DOLOR EN LA INTERNACIÓN DE INFANTES PREMATUROS. NECESIDAD DE INCLUIR NUEVOS INDICADORES PARA SU EVALUACIÓN. ALGUNAS REFLEXIONES CON UNA MIRADA INTERDISCIPLINAR

María Celeste Gómez

(Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental, CIIPME -CONICET-)



RESUMEN

Considerando al dolor como una experiencia personal, intransferible e integradora, es necesario avanzar en la evaluación de los infantes prematuros internados, para lograr percatarse de este sufrimiento.

Se han estudiado ampliamente respuestas ante el dolor como los gestos, el aumento de la frecuencia cardíaca, la baja en la saturación de oxígeno, como así también, el llanto. Pero muchos de estos ítems se relacionan más directamente con infantes de término.

Para considerar lo que sucede en bebés prematuros, es necesario realizar una observación directa de dicha población y la psicología perinatal puede aportar técnicas de observación de lactantes que sean útiles para este fin.

Para ello se han evaluado 124 infantes prematuros internados, con la escala PIPP-R. Dentro de este grupo, 48 niño/as no manifiestan respuestas como las comúnmente esperadas y contempladas en la escala utilizada. Se considera oportuno continuar con líneas de investigación que profundicen en el reconocimiento de las diferentes etapas evolutivas del bebé prematuro y su relación con respuestas de dolor, así como también se estudie el concepto de «time out signal» y de delirium como posibles términos relacionados con estas respuestas.

RETHINKING THE CONCEPT OF PAIN IN THE INTERNATION OF PRE-MATURE INFANTS. NEED TO INCLUDE NEW INDICATORS FOR ASSESSMENT. SOME REFLECTIONS WITH AN INTERDISCIPLINARY LOOK.

ABSTRACT

Considering pain as a personal, non-transferable and integrating experience, it is

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Dolor, prematuridad, unidades de cuidados intensivos neonatal, observación de lactantes, delirium

Correspondencia:

*María Celeste Gómez
gomezmariaceleste@gmail.com
celestegomez@conicet.gov.ar*

Keywords:

Pain, prematurity, neonatal intensive care units, infant observation, delirium

necessary to advance in the evaluation of hospitalized premature infants, in order to become aware of this suffering.

Many responses to pain have been studied, such as gestures, increased heart rate, decreased oxygen saturation, as well as crying. But many of these items relate more directly to term infants.

To consider what happens in premature babies, it is necessary to carry out direct observation of this population and perinatal psychology can provide techniques for observing infants that are useful for this purpose.

For this, 124 internal premature infants have been evaluated with the PIPP-R scale. Within this group, 48 children did not show responses such as those frequently expected and contemplated in the scale used. It is considered opportune to continue with lines of research that delve into the recognition of the different evolutionary stages of the premature baby and its relationship with pain responses, as well as studying the concept of «time out signal» and delirium as possible terms related to these answers.

1. INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain define al dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial» (IASP 2020).

Lo interesante de esta definición actualizada, también reside en las consideraciones, como información que este organismo agrega, al tener en cuenta la temática del dolor:

- El dolor es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
- Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida.
- Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada.
- Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
- Una de las maneras para expresar dolor es por la descripción verbal; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor.

Para quienes trabajan con niños en la primera infancia, sobre todo en condiciones de internación y prematuridad, cobran especial interés los postulados que manifiestan que las personas aprenden el concepto de dolor a través de sus experiencias de vida y que este no solo puede ser expresado verbalmente, sino que existen otras formas de comprender el dolor de quienes no pueden manifestarlo por medio del lenguaje hablado.

Para ello, a los psicólogos puede servirles como herramienta, la observación de indicadores de dolor, considerando al lenguaje corporal como primordial en la población que en este trabajo se estudia. Por otro lado, importantes autores como Winnicott, Bowlby y Spitz expresan la necesidad de considerar las manifestaciones fisiológicas en edades tan tempranas.

Partiendo de la actualización de dicha definición y de los puntos de interés para los profesionales que realizan su

labor con infantes, se desarrollará en este escrito una reflexión, en cuanto a las manifestaciones que se podrían llamar «atípicas» de dolor, detectadas en una muestra de 124 unidades de observación de prematuros internados, frente a un procedimiento posiblemente doloroso.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Un nacimiento antes de tiempo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012) y UNICEF (2010), todo niño nacido antes de completar las 37 semanas de edad gestacional (EG) es considerado prematuro, teniendo en cuenta que los embarazos duran alrededor de 40 semanas. La palabra deriva del latín *praematurus*, que significa prae=antes y maturus=maduro.

Las mismas organizaciones citadas clasifican los nacimientos prematuros de maneras similares. Para ello, es importante que se considere que existe una amplia gama de edades gestacionales, con sus consiguientes diferencias en cuanto a su madurez extrauterio (moderada, extrema y muy extrema, para UNICEF; y extremos, muy prematuros y moderados a tardíos, para la OMS).

El recién nacido pretérmino es llamado prematuro por su inmadurez estructural. Su característica principal es no haber transcurrido, parte o totalmente, el último trimestre de embarazo dentro del útero materno (Zaramella et al. 1993). Actualmente se debe agregar que, debido a los avances tecnológicos, algunos bebés prematuros nacen durante el segundo trimestre de embarazo, pasando más tiempo fuera del vientre materno y permaneciendo internados por extensos períodos. A lo largo del tiempo, han podido sobrevivir al nacimiento prematuro, infantes de cada vez menor edad gestacional, siendo el límite de viabilidad entre 24-26 semanas de EG, pero pudiendo encontrar infantes de hasta 22 semanas de EG inclusive.

La llegada temprana al mundo provoca una confrontación de este infante inmaduro con el ambiente. Este último se percibe como muy distinto al cual habitaba antes de nacer. Este pasaje cambia, de manera abrupta, el funcionamiento de los subsistemas del infante, que debe pasar a relacionarse, ya no con el vientre materno, sino con los instrumentos, procedimientos y maquinarias que ayudan a mantenerlo con vida (Bottos et al. 1993). A esto, se puede agregar que no solo lo ayudan a sobrevivir, sino que es posible que le provoquen algún grado de dolor.

2.2. El dolor en infantes prematuros internados

Este concepto tiene sus características particulares en la población de bebés nacidos antes de tiempo, que genera que su situación sea de mayor vulnerabilidad.

La piel, el epitelio sensorial más grande del cuerpo, desempeña un papel fundamental en la homeostasis de los organismos y está densamente inervada por una amplia variedad de neuronas sensoriales que han evolucionado para salvaguardar su integridad. Para el Recién Nacido (RN), el daño en la piel puede tener graves impactos inmediatos y a largo plazo. Existe una vulnerabilidad temprana. Los mamíferos RN de todas las especies, incluido el hombre, muestran una pronunciada hipersensibilidad a los estímulos táctiles, durante un período postnatal prolongado (Woodbury 2017 pág. 195)

Esto estimula la reflexión acerca de las secuelas que provoca el dolor en estos niños, ya sea a corto como a largo plazo. Inclusive podrá verse afectada la interacción con sus cuidadores, la alimentación, el sueño, etc. (Anand et al. 1987).

Es posible seguir encontrando profesionales que se manejan frente al dolor, con una perspectiva ya caduca. Esto afecta a los niños y sus familias. Aproximadamente a mediados de los años 80, se comenzó a estudiar desde otra mirada el fenómeno del dolor en los nacidos prematuros y pudo llegarse a la desesperante conclusión de que, contrario a lo que se venía pensando, este podía ser percibido por el niño, pero no modulado. Se encontraban estos bebés frente a una situación, en la cual su sistema podía anotarlos del dolor sufrido, pero no era posible regular estos estímulos. Se está entonces frente a niños en un gran estado de vulnerabilidad.

Basso et al. (2012) hacen referencia a que los nociceptores (receptores de dolor) están presentes, durante la gestación, a partir de las 6-8 semanas. Entre las 14 y 30 semanas, se van desarrollando otras áreas del sistema nervioso implicadas en el dolor. Que el sistema límbico esté incluido en las estructuras que procesan los estímulos dolorosos, dan cuenta de la faceta emocional que esta experiencia implica.

Según Dinerstein et al. (1998), el dolor se presenta a estos infantes con mayor magnitud que en otra etapa evolutiva de la vida e inclusive de quienes han nacido a término.

Es frecuente que las escalas de dolor y la bibliografía acerca de este tema enumeren, como indicadores de dolor en los bebés, aspectos comportamentales y fisiológicos, siendo las expresiones faciales, el llanto, la baja saturación de oxígeno

(SO₂) y la variación, con inclinación a la subida, de la frecuencia cardíaca (FC), los ítems que, en mayor medida, se tienen en consideración (Stevens 1996). Es posible, también, encontrar autores que toman en cuenta los movimientos corporales, la capacidad de consuelo o la tensión arterial (TA), entre otras.

Reflexionamos entonces, acerca de si estos indicadores son suficientes, para evaluar el dolor en todos los casos de niños nacidos antes de tiempo.

2.3. Otras posibles conductas frente al dolor, en el infante prematuro

Es posible pensar si, cuando se presencia una situación potencialmente dolorosa en estos niños durante su internación, se están abarcando de una manera adecuada sus expresiones frente a esta experiencia, situación límite que no les es posible cambiar por sus propios medios.

Se necesita recordar lo planteado al comienzo, en cuanto a que la IASP (2020), en una definición muy actual de dolor, plantea ciertas aclaraciones para complementar este concepto. Es de importancia tener presente, que el dolor no siempre será expresado verbalmente. Se debe estar atento, entonces, a las posibilidades de comunicación de la población con la que nos encontremos trabajando.

Sumado a esto, si los infantes prematuros pueden atravesar un período de «time out signal», en donde se observa una fase apostural y aquinética, tomando la posición energicamente más probable (Bottos et al. 1993), es menester reflexionar sobre si se están incluyendo las reales posibilidades de comunicación de estos infantes, en general y puntualmente, frente al dolor.

Si bien los autores que se interesan por estos niños han ampliado su visión y las escalas de dolor han modificado ciertos aspectos, no nos encontramos con demasiadas teorías o estudios que hagan foco en esta problemática específica que se plantea en este escrito.

Una posibilidad es explicarlo, a través de lo que Álvarez Echeverri (2000) mencionó como niño congelado (*frozen baby* en inglés). Estos son bebés que demuestran inexpresividad frente a situaciones de dolor. Sus frecuencias cardíacas también pueden comportarse distinto a lo esperado. Puede verse, en mayor medida, en bebés con ventilación mecánica.

Gómez Paz (2013) retoma esta idea y hace referencia también, al concepto de niño congelado. Esta autora explica,

que puede ser por efecto de un prolongado e intenso dolor. Por lo tanto, el efecto nocivo puede existir, aunque la respuesta no sea tan evidente o, por lo menos, reconocible a través de los ítems que esperamos ver. ¿Será necesario entonces ampliar o modificar la visión, acerca de las respuestas de dolor en los prematuros?

Tomando a Mehta et al. (2003), se puede encontrar una explicación fisiológica a este fenómeno, ya que menciona que la homeostasis se logra por la regulación del sistema simpático y parasimpático. Este último tiene la particularidad de disminuir las respuestas de los parámetros fisiológicos, con el fin de conservar la energía y lograr la reparación de los sistemas internos.

Esto es muy necesario para el infante prematuro. La bradicardia (disminución de las pulsaciones cardíacas) está presente en el sufrimiento fetal, en neonatos con sepsis y en posición prona, y genera una vulnerabilidad a la muerte súbita.

Es importante también destacar que, frente a todas estas experiencias vivenciadas por los bebés, también están expuestos sus padres, con quien se encontrarán en un interjuego vincular, que podrá generar angustia en los mismos, cuando no logran comprender por qué sus bebés no reaccionan como lo esperaban, entrando a tomar un lugar destacado los bebés imaginarios, fantasmáticos y reales planteados por Lebovici. Esto sería motivo para un análisis aparte y más extenso, pero es necesario mencionar que, en la experiencia clínica de trabajo con dichos bebés, sus padres suelen sentir que sus hijos los rechazan o se sienten incómodos al contactarse con ellos y estas conductas pueden estar relacionadas con dolor y con una falta de información, por parte del personal de salud hacia los cuidadores principales, de cómo ponerse en contacto físico y emocional con ese niño, que está atravesando un sinfín de regulaciones, con un organismo inmaduro para encontrarse fuera del útero y a su vez invadido por algunas prácticas intrusivas y dolorosas.

Es posible continuar este análisis a través del concepto de delirium. Este término suele utilizarse con mayor frecuencia en la población de gerontes. Pero no hace demasiado tiempo, empezó a vincularse con ciertas características que presentaba la población pediátrica ante una internación. Se han reportado algunos estudios en bebés. Se considera, desde la postura de este informe, que sería necesario emprender un análisis más profundo, en cuanto a si esta situación también puede observarse en niños todavía más pequeños (RN prematuros). Es posible que en la inmediatez no encontremos una respuesta en cuanto al delirium, pero no podemos dejar de considerar esta arista.

El delirium o también conocido como delirio o Síndrome Confusional Agudo (SCA) es «una encefalopatía aguda, fluctuante, reversible, que no se explica por otra alteración del sistema nervioso central». La mayoría de los investigadores piensan que el delirio es el resultado de una combinación de factores predisponentes y precipitantes. Los factores predisponentes están relacionados con el paciente (edad, genética, susceptibilidad o enfermedad subyacente). Los factores precipitantes incluyen los efectos del tratamiento, particularmente los medicamentos sedantes y el entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los niños con diagnóstico de delirio presentan una mayor mortalidad y mayor riesgo de presentar malos resultados al alta de la UCI, por lo que es de suma importancia implementar propuestas de prevención, detección y tratamiento del delirio en las UCI pediátricas (Decia et al. 2020).

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V), el Síndrome Confusional Agudo es una alteración de la conciencia y la cognición, que se desarrolla, de manera aguda, con un estado mental fluctuante, falta de atención y una capacidad deteriorada para recibir, procesar, almacenar o recordar información, desencadenada directamente por una afección médica.

Según Francis et al. (1990) el delirium sería una neurotransmisión aberrante, que logra observarse por un cambio agudo del estado mental del paciente.

Existe, en estos casos, una alteración de la actividad en los receptores cerebrales específicos en los sistemas dopaminérgicos, colinérgicos y glutamatérgicos, que determinan las respuestas psicomotoras de este delirio, sus funciones cognitivas y estado de ánimo (Elie et al. 2000).

La incidencia del delirium en pediatría, aún no está del todo clara y mucho menos explorada en neonatología. En un estudio de cohorte, al cual hacen referencia Decia et al. (2020), que incluye niños de entre 6 meses y 5 años, se puede ver una prevalencia de este síndrome del 47%, siendo la tasa más alta la que se encuentra en niños menores de 2 años (56%). En esta población se ha visto incrementado este síndrome a raíz de la situación vivida por la pandemia por COVID19, en donde hay una reducción de contacto con la familia y el equipo de salud. Esto confluye en un escenario de alto riesgo. Los factores como la necesidad de ventilación mecánica, utilización de sedantes y la inmovilidad, contribuyen a desencadenar este fenómeno.

Es necesario aclarar que existen tres variantes del delirium: hipoactivo, hiperactivo y mixto. Según Decia et al. (2020), el primero es el más común en pediatría, seguido por el

mixto. El delirio hipoactivo, que es el que más interesa a los fines de este trabajo por sus características, puede observarse cuando los pacientes se muestran apáticos, con niveles de conciencia deprimidos y desorientación. Esto se debe a una deficiencia de dopamina o un exceso de acetilcolina o estimulación del receptor GABA.

Estos niños no suelen generar preocupación por parte del personal de salud, a decir de los mismos autores, ya que se los toma como «buenos pacientes» o se los relaciona con sensaciones de bienestar.

Por lo contrario, el delirium hiperactivo suele ser más detectable, ya que consta de agitación, irritabilidad y labilidad emocional. La fluctuación entre estos dos tipos de delirio se considera mixto.

El riesgo de esta situación que aquí se menciona, en cuanto al Síndrome Confusional Agudo, es que aumenta los días de internación, de necesidad de ventilación mecánica, estrés postraumático y mayor mortalidad en niños (Smith et al. 2013).

Como causas del SCA se puede encontrar: hipoxemia, drogas que generan delirio, la atmosfera como las luces, ruidos, restricciones, familia ausente, extraños, falta de organización en cuanto a horarios, etc. A su vez también influyen las infecciones, inmovilización, inflamación, disfunción orgánica, trastornos metabólicos, alteraciones del sueño-vigilia y dolor (Decia et al. 2020).

La relación existente entre el dolor y el delirium no es un tema menor. Decia et al. (2020) recomiendan tratar el dolor de manera constante en los infantes enfermos. Esto disminuye el riesgo o gravedad del delirio. Si se controla de manera adecuada la analgesia, es posible que puedan disminuirse medicamentos tales como sedantes, que pueden facilitar la aparición del delirium.

Edwards et al. (2017) refieren que el delirium es una entidad que recientemente se ha reconocido dentro de la pediatría. Estos autores describen un caso de un infante de 6 meses de edad, nacido de 32 semanas de edad gestacional y que se encontraba en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con ventilación mecánica por tiempo prolongado y al cual le diagnostican SCA. Durante su internación, la enfermera que le solía brindar cuidados, notó que se encontraba agitado y no lograba calmarlo con ningún procedimiento tal como contacto, succión, cambio de pañal, etc. Esta circunstancia fue empeorando y su madre refirió preocupación por la situación de su hijo. Luego de esta agitación, de luchar contra el respirador y tener movimientos sin

propósito, sacudir su cabeza, entre otros, pasó a un período en el cual dejó de tener contacto visual, ya no respondía a la voz de su madre. Se mostraban cambios en cuanto a los hitos del desarrollo que venía manifestando. Los médicos que lo atendieron, encontraron síntomas consistentes con el delirium, ya que tenía una enfermedad subyacente, un largo período en respirador, además de haber recibido ciertas medicaciones delirogénicas (benzodicepinas, opioides y barbitúricos). Por lo tanto, se decidió realizar un cambio de medicación y pasar a administrarle Risperidona. Además, se promovió una organización en cuanto a horarios de descanso. Al tiempo de estas modificaciones, la familia refirió una mejora continua en su bebé. Ya se mostraba más consciente de su entorno, miraba y sonreía.

Siguiendo a los mismos autores, se puede decir que realizan un planteo interesante y diferente, ya que manifiestan que, si bien los síntomas de SCA suelen ser universales, en los niños más pequeños se presenta una dificultad, ya que no pueden contestar a ciertas preguntas y por otro lado demuestran un retroceso. Las conductas del infante como inconsolabilidad, llanto e inquietud son inespecíficos. Por lo tanto, la información proporcionada por su madre, en este caso, pudo ser de gran valor. En este sentido no solo se abren posibilidades de pensar otras conductas frente a la internación por parte de un niño pequeño, sino que también se reivindica el valor de tener a su familia cerca y que el personal de salud considere la información que ellos brindan. Las intervenciones ambientales son de fundamental importancia, los psicólogos harían referencia a lo fundamental del vínculo y el contacto. Si bien los antipsicóticos no están recomendados para esta población; en el caso que refieren los autores, el riesgo de que el paciente continuara con delirium era mayor que lo que podría ocasionar esta droga.

Harris et al. (2016) realizan una declaración de posición en cuanto al manejo del dolor, sedación, delirium y síndrome de abstinencia, en niños que se encuentran en internación pediátrica y neonatal. Continúan afirmando que el *gold standard* para evaluar la comodidad del paciente es el autoinforme. Pero éste es imposible en niños preverbales y no verbales, que frecuentemente están sedados o cuando hay un tubo traqueal colocado. En estos casos, los profesionales de la salud deben recurrir a la observación de las respuestas fisiológicas y conductuales. A su vez refieren que la observación acerca del dolor en el niño está teñida de las creencias del profesional.

Los niños y recién nacidos que se encuentran internados en cuidados intensivos son expuestos a diversos procedimientos que, eventualmente, producirán dolor (canulación intravenosa, intubación, etc.), pero el cuidado diario tam-

bién puede producirlo (cambio de pañales, girar al paciente, etc.). Es imperioso considerar que si algo es doloroso para un niño mayor o adulto, también lo es para infantes y bebés. A lo cual podemos agregar, que si este bebé es prematuro, lo es aún más doloroso.

Harris et al. (2016) refieren que los recién nacidos tienen un mayor riesgo de exposición al dolor, con una media de entre 10 y 22,9 procedimientos por día.

A su vez informan que los padres y madres se ven cada vez más interesados en participar de medidas analgésicas para aplicar a sus hijos y exigen evaluaciones de dolor al personal de salud.

Como referían otros autores aquí citados (Edwards et al. 2017), la información que brinde la familia a la hora de evaluar dolor o SCA, es muy valiosa. Según Harris et al. (2016) se requerirán de más estudios, en los cuales se incluyan a los familiares de infantes internados, a la hora de evaluar el dolor.

Estos autores mencionan que es necesario evaluar el SCA y el dolor, con periodicidad en los servicios y que parte del tratamiento tendrá que ver con el consuelo, la contención y reducir la incomodidad, siempre utilizando una forma de trabajo interdisciplinaria.

3. METODOLOGÍA

Objetivo general: Detectar indicadores de dolor, en infantes prematuros internados, que no se han contemplado hasta el momento en la evaluación del mismo.

Objetivos específicos:

- Reflexionar acerca de la causa de la inexpressividad facial del infante frente a la percepción de dolor.
- Analizar la baja en los resultados de los valores fisiológicos del infante ante un procedimiento posiblemente doloroso.
- Aportar evidencia para colaborar en la concientización, por parte del personal de salud, acerca del dolor en la población de prematuros.

Muestra: Se realizaron 124 unidades de observación, de 73 infantes nacidos prematuros frente a un procedimiento posiblemente doloroso. Estos bebés se encontraban internados en UCIN de 2 hospitales públicos del Conurbano

Bonaerense y una clínica privada de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En todos los casos fueron instituciones pertenecientes a Argentina.

Criterios de inclusión y exclusión: Se tomaron para esta investigación todos los infantes nacidos prematuros que estuviesen internados en UCIN. Se excluyeron quienes pudieran tener una temperatura corporal elevada, quienes se encontraran internados en UCIN por otros motivos, los infantes prematuros que tuvieran síntomas o patologías no relacionadas con su nacimiento anticipado y quienes no estuvieran conectados a monitores.

Estilo de estudio: Observacional, de corte transversal.

Consideraciones éticas: Se utilizó consentimiento informado y el estudio fue aprobado por comité de ética.

Actividades: Se realizaron observaciones tanto de respuestas conductuales (faciales y corporales) como fisiológicas (Frecuencia Cardíaca y Saturación de Oxígeno).

Estas se llevaron a cabo 15 segundos antes de un procedimiento médico necesario para la supervivencia y salud del infante, durante el mismo y al finalizarlo.

Instrumento: Se utilizó la escala *Premature Infant Pain Profile - Revised (PIPP-R)* (Stevens et al. 2014). A su vez se utilizó la observación no participante, para obtener datos de otras conductas no contempladas en dicha escala.

4. RESULTADOS

Al realizar la observación de la población nombrada, se han podido considerar otras conductas y respuestas fisiológicas además de las aportadas por la escala PIPP-R.

Los bebés observados respondieron con diferentes conductas y valores fisiológicos, pero en este artículo se desea analizar un recorte de esta información y focalizar en los niños que tuvieron respuestas comúnmente no esperadas y que pueden explicarse posiblemente por los conceptos analizados en el marco teórico.

De las 124 unidades de observación, en 48 casos los infantes no demostraron ningún tipo de gestualidad frente a los procedimientos realizados y a 20 de ellos se le sumó la baja en los valores fisiológicos (Saturación de Oxígeno y Frecuencia Cardíaca). Sin embargo, en todos ellos la evaluación reportó valores correspondientes a dolor.

Cualitativamente fueron infantes que daban la sensación de «dejarse ir», como si se dejaran morir, alejándose de toda repuesta esperable relacionada tanto con el bienestar como con el dolor.

Entonces se podría decir que 1 de cada 2 o 3 bebés prematuros demuestra falta de gestualidad ante un estímulo nocivo producido durante su internación y necesario para su supervivencia. A su vez, si a esto se le suma la baja en los valores de las respuestas fisiológicas (48 casos), sería una proporción de 1 de cada 6 infantes.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos análisis aquí presentados corresponden a la observación puntual de ciertas respuestas que fueron parte de una investigación sobre dolor más amplia.

Fue necesario hacer hincapié en estos niños que presentan estas respuestas que se podrían llamar atípicas, a juzgar por lo contemplado por las escalas de dolor hasta ahora desarrolladas.

A su vez, es un deber ético de los profesionales de la salud velar por la analgesia y bienestar de sus pacientes, sobre todo en casos de tanta vulnerabilidad como lo es el dolor en bebés, mayormente en su etapa de prematuridad. Su posibilidad de percibir el dolor, pero no modularlo, los deja expuestos a una mayor magnitud frente a la percepción de los estímulos nocivos.

Se ha visto como en esta muestra, un porcentaje de infantes presenta una baja en sus actividades y respuestas fisiológicas ante el dolor sufrido. Es probable que este dolor sea mayor al diagnosticado, ya que las escalas por el momento no tienden a contemplar esta falta de expresiones, si bien los resultados se encuentran en el orden del dolor.

Se comenzó a considerar hace un tiempo lo que se ha llamado Frozen Baby o Niño Congelado (Alvarez Echeverri 2000, Gómez Paz 2013). Por tal motivo, se requiere de ampliar líneas de investigación que estudien estas situaciones.

Autores como Edwards et al. (2017), Harris et al (2016) y Decia et al. (2020) han incluido una mirada, todavía novedosa, que podría estar relacionada con el dolor, esto tiene que ver con el Síndrome Confusional Agudo, también llamado Delirium o Delirio, sobre todo en lo que respecta a su faceta hipoactiva. Si bien es cierto que en lo que se refiere a dolor, delirium, estrés, sedación y síndrome de abstinencia,

las respuestas pueden superponerse y prestar a confusión, los autores nombran una vinculación entre delirium y dolor, como así también refieren la gravedad que puede suponer al paciente estos dos conceptos si no son tratados a tiempo y prevenidos, en el mejor de los casos.

Por otro lado, es frecuente que en los estudios se nombre la necesidad de combinar técnicas farmacológicas con no farmacológicas (de contención, manejo ambiental, se puede agregar también lo vincular), para abordar dichas problemáticas y paliar los resultados no deseados en estos infantes.

A su vez el período de «time out signal», planteado por Bottos et al. (1993), sigue vigente y es oportuno tener presente esta arista de la vida de los niños nacidos prematuros, durante su internación, para evaluarlos y contenerlos en función de sus reales necesidades y posibilidades de respuesta.

Para finalizar, es necesario que el personal de salud considere la información aportada por la familia del infante, que se les pueda dar un lugar a quienes deseen participar de técnicas analgésicas y de confort para sus niños, a su vez que ampliar la mirada con respecto a ciertos diagnósticos.

La necesidad de continuar realizando estudios sobre estas problemáticas en los infantes nacidos prematuros, debe ser una prioridad de los investigadores que trabajen con dichas poblaciones.

6. AGRADECIMIENTOS

Dedicado a «las Lilis» en mi vida.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Echeverri T. (2000). El dolor en los neonatos. Enfoque diagnóstico y terapéutico. *Iatreia*. 13 (4): 246-55. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/3784>
- Anand KJ, Hickey PR. 1987. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med*. 317 (21): 1321-9. <https://doi.org/10.1056/nejm198711193172105>
- Basso G, Mimiza MJ, editores. 2012. Un nacimiento prematuro: acompañando el neurodesarrollo. Buenos Aires: Cesarini Hnos. 432 p.

- Bottos M, Gregorelli L. 1993. La asistencia del prematuro. En: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M, compiladores. Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Buenos Aires: Nueva visión. p. 89-117.
- Decia M, Ferré A. 2020. Delirio en pediatría, un diagnóstico olvidado. Arch Pediatr Urug. 91 (5): 316-24. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v91n5/1688-1249-adp-91-05-316.pdf>
- Dinerstein A, Brundi M. 1998. El dolor en el recién nacido prematuro. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 17 (3): 146-154. Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/1998/146-154.pdf>
- Edwards LE, Hutchison LB, Hornik CD, Smith PB, Cotten CM, Bidegain M. 2017. A case of infant delirium in the neonatal intensive care unit. J Neonatal Perinatal Med. 10 (1): 119-23. <https://doi.org/10.3233/npm-1637>
- Elie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. 2000. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ. 163 (8): 977-81.
- Francis J, Martin D, Kapoor WN. 1990. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA. 263 (8): 1097-101.
- Gómez Paz MO, 2013. El dolor en neonatología y práctica profesional [Internet]. Nuberos científica. 2 (9): 5-11. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/9/62>
- Harris J, Ramelet AS, van Dijk M, Pokorna P, Wielenga J, Tume L, Tibboel D, Ista E. 2016. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. Intensive Care Med. 42 (6):972-86. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
- IASP. International Association for the Study of Pain [Internet]. 2020. Washington, D.C.: IASP. IASP Announces Revised Definition of Pain. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Mehta SK, Super DM. 2003. Variabilidad de la frecuencia cardíaca en recién nacidos sanos [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Iberoamericana de información científica; [actualizado 7 jun 2021]. Disponible en: <http://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/20062>
- OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2012. [lugar desconocido]: OMS. 15 millones de bebés nacen demasiado pronto. Disponible en: https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/index.html
- Smith HA, Brink E, Fuchs DC, Ely EW, Pandharipande PP. 2013. Pediatric delirium: monitoring and management in the pediatric intensive care unit. Pediatr Clin North Am. 60 (3): 741-60. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.02.010>
- Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. 1996. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. Clin J Pain. 12 (1): 13-22. <https://doi.org/10.1097/00002508-199603000-00004>
- Stevens BJ, Gibbins S, Yamada J, Dionne K, Lee G, Johnston C, Taddio A. 2014. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. Clin J Pain. 30 (3): 238-43. <https://doi.org/10.1097/ajp.0b013e3182906aed>
- UNICEF. 2010. Aprendizaje y escolaridad del niño prematuro. Buenos Aires: UNICEF. 24 p. Disponible en: https://www.neurologianeonatal.org/wp-content/uploads/2018/08/APRENDIZAJE_Y_ESCOLARIDAD_NINO_PREMATURO_UNICEF.pdf
- Woodbury CJ. 2017. New insights into neonatal hypersensitivity. En: Buonocore G, Bellieni CV, editores. Neonatal Pain. Suffering, Pain and Risk of Brain Damage in the Fetus and Newborn (2. ed.). Cham, Switzerland: Springer. p. 195-204. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53232-5_17
- Zamarella P, Zorzi C. 1993. El prematuro. En: Fava Vizziello G, Zorzi C, Bottos M, compiladores. Los hijos de las máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales. Buenos Aires: Nueva visión. p. 64-72.

