

## *Experiencia en dos hospitales sobre la observación de respuestas de dolor en niños prematuros internados*

M. Celeste Gómez

*Licenciada en Psicología. Becaria doctoral Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CIIPME-CONICET). Docente en la cátedra de Psicología Perinatal. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Psicóloga Perinatal. Hospital Público del Conurbano Bonaerense. Colegio de Psicólogos de Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina*

---

Celeste Gómez M. *Experiencia en dos hospitales sobre la observación de respuestas de dolor en niños prematuros internados. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(5):271-277.*

### ABSTRACT

**Introduction:** Every child born before 37 weeks gestation is considered preterm. These children need support to achieve survival, that is how the Iberoamerican Society of Neonatology, children born preterm undergo various procedures in most cases cause pain. All children under 32 weeks gestational age are subjected to between 5 and 14 painful procedures per day and 80 % did not receive analgesics. It is important to consider that the fact of having pain could generate consequences in its development, either in the short or long term.

**General objectives:** To observe the pain reactions of preterm infants in different gestational age categories and to collaborate in the awareness of health personnel about the issue of pain in preterm infants.

**Material and methods:** Therefore conducted an observational study of 27 cases in two hospitals in Argentina, one private and other public. It was observed painful procedures made to premature infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and recorded both physiological and behavioral values.

**Results:** The results show that there are differences in the reactions of children as rated by gestational ages, especially in regard to Heart Rate and gestures.

**Conclusions:** It's concluded that the adequate pain mana-

gement is a right for premature wich it is not always taken into account, so it is postulated the need for further work in developing a specific scale for these children and raising awareness of health personnel, humanizing interventions in the child.

**Key words:** Premature, neonatal intensive care units, pain, physiological indicators, behavioral indicators.

### RESUMEN

**Introducción:** Todo niño nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional es considerado prematuro. Estos infantes necesitan apoyo para lograr la supervivencia; es así como, según la Sociedad Iberoamericana de Neonatología, los niños nacidos pretérmino son sometidos a diversos procedimientos que en la mayoría de los casos producen dolor. Los bebés prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional son sometidos a entre 5 y 14 procedimientos dolorosos por día, y el 80 % de ellos no recibe analgésicos. Es importante, a su vez, considerar que el hecho de sufrir dolor podría generar consecuencias en su desarrollo, ya sea a corto o largo plazo.

**Objetivos generales:** Observar las reacciones de dolor de niños nacidos prematuros en diferentes categorías de edades gestacionales y colaborar en la concienciación del personal de salud sobre la temática del dolor en el niño prematuro.

**Material y métodos:** Por tal motivo se llevó a cabo un estudio observacional de 27 casos en dos hospitales de Argentina, uno de ellos privado y otro público. En el mismo se presenciaron procedimientos dolorosos realizados a infantes prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

(UCIN) y se registraron tanto valores fisiológicos como comportamentales.

**Resultados:** Los resultados demuestran que existen diferencias en las reacciones de los niños según la clasificación de edades gestacionales, sobre todo en lo que respecta a la frecuencia cardíaca y a lo gestual.

**Conclusiones:** Se concluye que el adecuado manejo del dolor es un derecho para el prematuro que no siempre es tenido en cuenta, por lo que se postula la necesidad de seguir trabajando en la elaboración de una escala específica para estos infantes y en la concienciación del personal de salud, humanizando las intervenciones en el niño.

**Palabras clave:** Prematuro, unidades de cuidado intensivo neonatal, dolor, indicadores fisiológicos, indicadores comportamentales.

---

## INTRODUCCIÓN

Todo niño nacido antes de completar las 37 semanas de edad gestacional es considerado prematuro (1); a su vez existe una clasificación de estos infantes que realiza el mismo organismo: prematuridad moderada, donde 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.

La Organización Mundial de la Salud (2) plantea subcategorías de prematuros también en función a su edad gestacional. Estas serían: prematuros extremos (menor a 28 semanas de edad gestacional), muy prematuros (entre 28 y 32 semanas) y prematuros moderados a tardíos (desde las 32 semanas hasta las 37).

Estos infantes necesitan de apoyo para lograr la supervivencia. Es así como según la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (3), los niños nacidos pretérmino son sometidos a diversos procedimientos que en la mayoría de los casos producen dolor. Los bebés prematuros menores a 32 semanas de edad gestacional son sometidos a entre 5 y 14 procedimientos dolorosos por día, y el 80 % de ellos no recibe analgésicos; cuanto menor es la edad gestacional, mayor es el número de procedimientos. Es importante, a su vez, considerar que el hecho de sufrir dolor podría generar consecuencias en su desarrollo, ya sea a corto o largo plazo.

Con el objetivo de analizar las reacciones fisiológicas y comportamentales de estos niños frente al dolor y generar un aporte a su correcto diagnóstico para un consiguiente oportuno tratamiento, se realizó una observación de procedimientos dolorosos en niños nacidos antes de tiempo, en el contexto de una investigación que apunta a desarrollar una escala de dolor para niños nacidos prematuros específicamente. Este estudio se llevó a cabo en dos hospitales: uno de ellos privado, que se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y otro público sito en el Conurbano Bonaerense.

En el presente trabajo se tuvo en cuenta una idea de dolor abierta a los diferentes estratos que conforman a la persona, tomando para su definición a diversos autores, pero siempre basándose en el concepto aportado por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP), el cual postula que este es “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrito en términos de ese daño” (4).

## Historia del dolor en la infancia

Se puede afirmar que la historia fue dura con los recién nacidos, más aún con los prematuros.

En la antigua civilización grecorromana era el padre quien tenía el derecho a decidir si su hijo viviría o no, sobre todo en casos de malformaciones o de hijos extramatrimoniales. En la edad media, el infante era enviado a vivir con nodrizas que los amamantaban y educaban hasta la pubertad; de esta manera este tipo de abandono se siguió realizando hasta el siglo XIX. Se pensaba al niño como un adulto en miniatura (5).

No se puede dejar de lado el recordar las exposiciones con fines lucrativos de bebés prematuros para saciar la curiosidad ante la supervivencia de niños tan pequeños. Es así como estas ferias expositivas se realizaron en Berlín en el año 1896 y luego en Chicago, Nueva York, Coney Island, entre otras (6). Estos actos, que podrían catalogarse de circenses, no solo exponían a los niños a posibles infecciones, sino también que, desde un punto de vista vincular, eran infantes que carecían de contacto con sus padres. A pesar de ello, es cierto que gracias a estas ferias se obtuvo el dinero necesario para la construcción de las incubadoras con las que contamos actualmente.

Al situarse dentro de la atención del dolor en el bebé prematuro, es posible encontrarse con un proceso lento que sigue en desarrollo. En un principio no se consideraba que estos niños nacidos tempranamente pudieran sufrir dolor. Esta creencia surgía de mitos que en algunos casos todavía se siguen presentando, como por ejemplo que son incapaces de sentir dolor o que son menos sensibles al mismo, que no pueden expresarlo; todo esto debido a que se aprende del dolor a través de las experiencias previas, que no son capaces de recordar el dolor y que su capacidad para metabolizar medicamentos es limitada por lo que la analgesia constituiría un peligro (7). Todos estos puntos fueron refutados con posterioridad al realizar investigaciones, pero hoy en día todavía existen algunas resistencias para considerar en su amplitud al dolor en el pretérmino.

Es con la situación vivida por Jeffrey Lawson que se logra comenzar con un cambio en el paradigma. Jeffrey nació prematuro extremo en el año 1985 y tuvo que ser sometido a una cirugía correctiva de conducto arterioso. En dicho procedimiento se aplicaron al niño relajantes

musculares y mínimo manejo anestésico (8). Su madre Jill relató su paso por una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Washington DC y, frente a lo sucedido, demandó al equipo de profesionales que trataron a su hijo, indignada por la falta de manejo sobre el dolor. La denuncia efectuada no obtuvo los frutos esperados debido a que no se reconocía dolor en el niño por su condición de prematuro. Frente a esta respuesta, decidió publicar su denuncia en el Washington Post, obteniendo el apoyo de familiares de niños que atravesaron situaciones similares (9).

Fue a partir de 1985 que se cuenta con más investigaciones relacionadas al dolor en el neonato, siendo Anand uno de los mayores exponentes. Pero es en el año 1987 cuando la Asociación Americana de Pediatría promueve el manejo del dolor en el prematuro (8).

### **Bases neurofuncionales del dolor en el prematuro**

Según García, Amaya y Narváez-Ramos (10), es a partir de 1990 cuando se comienza con un mayor estudio de la neuroanatomía y neurofisiología del dolor. Refieren que el sistema nervioso central del niño se encuentra inmaduro pero, a su vez, tiene la capacidad de plasticidad neuronal. Esta inmadurez afecta predominantemente la función de la modulación inhibitoria.

Pensando en el prematuro como un feto “extraútero”, Cibeira (11) afirma que el cerebro del feto está activo a partir de lo demostrado por estudios de la conducta y metabolismo. De esta manera, puede detectar todo estímulo sensorial o sensitivo. Los niveles de endorfinas, que son las encargadas de inhibir el dolor, se regulan varios días después de acontecido el nacimiento. Ante algo que lo daña puede responder con el sistema autónomo, somático y hormonal, existiendo un aumento de catecolaminas, cortisol, glucagón, aldosterona e insulina.

El mismo autor refiere que la expresión de dolor a causa de un tejido dañado no es una reacción refleja, sino una experiencia conductual.

Basso (12) postula que los nociceptores 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 han 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* (12), coincidiendo con lo planteado por García y cols. (10).

### **Una mirada abarcadora del dolor**

La experiencia dolorosa no solo se traduce en un sufrimiento físico, sino que están en juego factores que atraviesan a la totalidad de la persona. El mismo se vislumbra a través de la mirada de cada ser humano. Esta situación lo convierte en un enigma que reside en la cultura y en la experiencia de cada persona (11).

Fue Cicely Saunders quien, en los años 60, hizo frente a los desafíos que implicaban el estudio biopsicosocial en lo que respecta al dolor. La autora explica que cuando el dolor no es aliviado se convierte en el centro de la vida de ese ser humano, debido a que contiene elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales. De esta manera, nos encontramos con el dolor total (13). En el caso que nos compete, se puede tomar como paciente no solo al bebé, sino a la díada o tríada padres-niño; de esta manera el dolor del prematuro es sufrimiento para sus padres; así se ve en ellos comprometidas todas las esferas nombradas.

*El dolor es un síntoma o un síndrome que en algunos casos parece constituir toda la enfermedad, como en las jaquecas, la neuralgia del trigémino y el dolor fantasma. Por definición, el dolor es sensibilidad, emoción y experiencia, teniendo receptores que actúan como teclas cuya sonoridad la produce el encordado que está en la corteza cerebral. Cuando las cuerdas están flojas, la melodía se hace imposible* (11).

Según Dinerstein y Brundi (14), la mayor fuente de dolor en el prematuro es iatrogénica, producida por procedimientos terapéuticos y diagnósticos que deben realizarse por la situación en la que se encuentra el niño. En sus investigaciones llegan a la conclusión de que el prematuro no solo percibe dolor, sino que producto de su inmadurez se le impone con mayor intensidad y de manera difusa.

Siguiendo esta idea, la Asociación Americana de Pediatría (15) postula que es necesaria la prevención del dolor en el neonato, no solo por cuestiones éticas sino porque la exposición a sensaciones de dolor en edades tan tempranas, y sobre todo en la prematuridad, puede acarrear consecuencias en diferentes niveles de la persona. Se pueden encontrar secuelas a corto y largo plazo. Entre las primeras, Anand (16) refiere dificultades en la adaptación al entorno postnatal, generando problemas en el vínculo con los padres y en la alimentación.

El neonato cuenta con neuroplasticidad, pero si se lo expone a situaciones dolorosas, estas generarán un bajo umbral de dolor para el resto de la vida (10). A su vez, González-Fernández y Fernández-Medina (17) agregan que como consecuencia del dolor el niño prematuro puede

sufrir vómitos, regurgitaciones, falta de apetito, trastornos de la motilidad y del sueño.

A largo plazo nos encontramos con consecuencias psicológicas, como ansiedad, comportamiento defensivo, déficit en la memoria y aprendizaje y mayor predisposición a la somatización. También se puede observar involución psicológica y regresión del desarrollo (3,17).

A la hora de considerar reactivos que nos permitan la evaluación de dolor en niños tan pequeños, Stevens y cols. (18) plantean dos grupos de ítem: los indicadores fisiológicos y los comportamentales.

En referencia a los primeros, puede verse que los niños nacidos a término demuestran un incremento en la frecuencia cardíaca (FC) o disminución de la misma en tono vagal (control inhibitorio que ejerce el nervio vago sobre el ritmo cardíaco); incremento en la frecuencia respiratoria (FR) y disminución de la saturación de oxígeno (SO<sub>2</sub>). A su vez, encuentran en infantes prematuros incremento o variabilidad de la FC, disminución de la SO<sub>2</sub>, incremento de la presión intracraneana y variabilidad en la FR. Estos indicadores brindan información objetiva y precisa en cuanto a las respuestas de dolor en el niño. Sin embargo, cobran mayor valor si se los observa junto con los indicadores comportamentales.

Siguiendo con estos últimos, se considera que los más estudiados en neonatos, tanto a término como prematuros, se refieren a la actividad facial, el llanto y los movimientos

corporales. El llanto no siempre estará presente en los casos estudiados, ya que en muchos esto se verá impedido por la ventilación mecánica. Por otro lado, tanto los movimientos corporales en general, como en particular el movimiento de retirada, demuestran otra diferencia al referirse a prematuros y bebés nacidos de término, ya que en estos últimos los movimientos se notarían más vigorosos y en prematuros la respuesta estaría denotada por una flacidez muscular.

UNICEF (19) considera las vivencias experimentadas por los niños prematuros y su grupo familiar durante la internación y plantea el decálogo de los derechos del niño prematuro, que si bien manifiesta la necesidad de recibir cuidados acorde a su situación, se considera que sería adecuado contar, dentro de los derechos de este decálogo, con la inclusión del oportuno diagnóstico y tratamiento del dolor en el pretérmino, todavía faltante en este documento (Tabla I).

## OBJETIVOS

### Objetivos generales

- Observar las reacciones de dolor de niños nacidos prematuros en diferentes categorías de edades gestacionales.

TABLA I  
LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS NACIDOS PREMATUROS

<i>Los derechos del niño nacido prematuro</i>	
1	La prematuridad 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 a 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

- Colaborar en la concienciación del personal de salud sobre la temática del dolor en el niño prematuro.

### Objetivos específicos

- Detectar mediante los cambios de valores en los monitores a los cuales el niño se encuentra conectado las reacciones fisiológicas frente al dolor en el niño prematuro.
- Detectar mediante la observación las respuestas comportamentales (corporales y faciales) de dolor en el infante pretérmino.
- Contabilizar el tiempo que tarda el niño en volver a sus valores de base después del procedimiento doloroso.
- Comparar los resultados obtenidos entre los diferentes grupos de edades gestacionales y entre los dos hospitales.
- Mediante la revisión bibliográfica y los resultados obtenidos, realizar un aporte con respecto a la temática del dolor al personal de salud que trabaja con infantes prematuros internados.

### MÉTODO

*Tipo de estudio:* observacional de corte transversal.

*Población:* la muestra fue de un total de 27 niños prematuros internados, correspondientes a todas las categorías de la clasificación de prematuros planteada por UNICEF (1). Del total de la población, 15 de ellos se encontraban en un hospital privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y los otros 12 en un hospital público del Conurbano Bonaerense.

*Material y métodos:* se realizó una observación de niños internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) debido a su nacimiento prematuro. Las observaciones fueron realizadas por una psicóloga formada en Psicología Perinatal en el momento en el que los niños eran sometidos a diferentes prácticas dolorosas, como pueden ser extracción de sangre, punciones, fondo de ojo, cambio de respirador y aspiración. Los indicadores de los que se obtuvieron registro fueron la frecuencia cardíaca (FC, que es el número de pulsaciones del corazón por unidad de tiempo), la saturación de oxígeno (SO<sub>2</sub>, que es la cantidad de oxígeno que se combina con la hemoglobina), los signos comportamentales (gestos faciales, movimientos corporales, llanto o gesto de llanto) y tiempo de recuperación (TR, siendo este el tiempo que transcurre hasta que el niño vuelve a sus valores de base).

La FC y SO<sub>2</sub> son datos aportados por los monitores a los cuales el niño se encuentra conectado. Los indicadores comportamentales y el TR se obtuvieron mediante la

observación directa del niño. Las observaciones se realizaron en tres tiempos: 15 segundos antes de comenzar el procedimiento, durante el mismo y después de finalizado, hasta que el niño logra recuperarse, volviendo sus valores a los de base.

Este trabajo fue aprobado por comité de ética y se utilizó consentimiento informado.

### RESULTADOS

Si se hace referencia al hospital privado, según los datos recogidos se puede notar que la FC tiende a disminuir frente al estímulo doloroso en los niños nacidos prematuros extremos y muy extremos. Lo contrario sucede con los infantes nacidos con una prematuridad moderada, los cuales demostraron un aumento en sus FC. Algo similar sucede con los gestos y movimientos, los cuales se encuentran presentes en los prematuros más grandes, siendo menor su aparición en edades gestacionales tempranas.

En el hospital público no se reconoce una diferencia tan acentuada como en el caso del hospital privado con respecto a la FC y signos comportamentales, pero en los más pequeños se continúa presentando un porcentaje en el cual, a pesar del dolor sufrido, los infantes no logran expresarlo a través de indicadores gestuales, movimientos corporales o aumento de los valores de FC.

Con respecto a la SO<sub>2</sub>, vemos un déficit en este valor en casi la totalidad de la muestra, independientemente de la edad gestacional del niño y del hospital en el que se encuentre.

Si se hace foco en el tiempo de recuperación puede verse que este es variable, notándose mayor tiempo en lograr volver a sus valores de base, en los prematuros extremos y muy extremos de ambas instituciones (Tabla II).

### DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Recordando la dura historia del niño prematuro frente al dolor, y pasando por lo sucedido con Jeffrey Lawson y la posibilidad de un cambio de paradigma, puede notarse que se ha recorrido un camino de interrogantes, experiencias y cambios. Se han presentado mitos, los cuales dificultaban el correcto diagnóstico de dolor en edades tan tempranas. Villamizar (7) considera que muchos de estos mitos siguen presentes en el personal de salud, por tal motivo se coincide en que es necesario seguir construyendo en función de esta problemática, logrando concienciación y brindando una escala para el diagnóstico de dolor acorde a la población estudiada, siendo las observaciones detalladas en este informe parte del proceso de construcción de dicha escala específica.

El dolor en el niño prematuro tiene características particulares, sobre todo los de menores edades gestacionales,



TABLA II  
RESULTADOS SEGÚN GRUPOS DE EDADES GESTACIONALES Y HOSPITALES

%	<i>Hospital privado</i>		<i>Hospital público</i>		<i>Total</i>	
	<i>Moderado</i>	<i>Extremo + muy extremo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Extremo + muy extremo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Extremo + muy extremo</i>
FC aumentada	60	40	100	11	80	25,5
FC disminuida	40	60	0	89	20	74,5
SO2 aumentada	40	0	0	0	20	0
SO2 disminuida	60	100	100	100	80	100
Gestos Sí	60	10	67	67	63,5	38,5
Gestos No	40	90	33	33	36,5	61,5
Movimientos Sí	60	40	83	78	71,5	59
Movimientos No	40	60	17	22	28,5	41
Tpo. Recuperación	96 segundos	198 segundos	50 segundos	60 segundos	67,8 segundos	129 segundos

posicionándose como los más vulnerables frente al dolor. En cada grupo estudiado se puede ver cómo a menor edad gestacional existe una tendencia a disminuir la FC, a su vez que los gestos y movimientos corporales no estarían siempre presentes, además de que los tiempos de recuperación podrían extenderse. Lo contrario sucedería en el grupo de prematuros más cercanos a la edad de término.

Con respecto a estos resultados se coincide con Stevens (18) en que a la hora de evaluar a niños tan pequeños es necesaria la combinación de ítems tanto fisiológicos como comportamentales, a su vez que es de importancia diferenciar las posibilidades de respuesta en niños prematuros y nacidos de término. A partir de lo observado en el presente trabajo, se considera que anteriores investigaciones no han tenido en cuenta del todo la falta de gestualidad y el descenso de la FC en estos pacientes como así también se ha ignorado la importancia de considerar un tercer tiempo en la observación de este fenómeno, permitiendo de esta manera contabilizar el tiempo transcurrido hasta que el niño vuelve a sus valores de base. Esto último brinda la posibilidad de, en un futuro, desarrollar protocolos de dolor que no solo determinen el nivel de nocicepción, sino que también contemplen una etapa de alivio del mismo y de compañía del infante, tomándolo como una persona completa; en definitiva, humanizándolo.

Por lo tanto, es perentorio seguir estudiando este fenómeno, ya que si nos basamos en generalidades se puede llegar a desestimar el dolor en un niño que podría estar padeciéndolo, aunque sus valores fisiológicos y comportamientos no se encuentren acorde a los esperados, sobre todo si nos basamos para su evaluación en valores pertenecientes a niños nacidos a término.

Se coincide en lo planteado por Guerra de la Garza (2014) al realizar su desarrollo sobre la teoría de Saunders, ya que el dolor supera el aspecto físico y empaña la vida emocional, social y espiritual, tomando a este concepto como un dolor total, que si no es aliviado se convierte en el centro de la vida de la persona. En el caso que nos compete, no solo tomaría una importante relevancia en la experiencia vivida por el niño prematuro, sino también que se convierte en sufrimiento para los padres, sobre todo si algunas de las secuelas a corto plazo a las cuales Anand (16) hace referencia son las dificultades en el vínculo y en la alimentación generada a raíz del dolor. Ambos aspectos son muy importantes a la hora de lograr una adecuada recuperación del pretérmino durante su internación y luego del alta.

No solo se presenta como un deber de los profesionales de la salud hacer frente al sufrimiento del niño internado y su familia, sino que es un derecho del infante prematuro el de recibir una atención integral y, dentro de ella, ubicar concretamente el correcto diagnóstico y tratamiento del dolor; para ello es primordial observar las conductas del niño y sus valores fisiológicos, siempre teniendo presente las posibilidades de respuesta del niño nacido antes de término.

#### AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Comité organizador de la Tercer Jornada del Hospital Alberto Eurnekian “La seguridad en la atención del paciente” por permitir exponer los resultados de estas observaciones.

## FINANCIACIÓN

Investigación financiada por CONICET Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CIIPME-CONICET)

## CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Unicef. Aprendizaje y escolaridad del niño prematuro; 2010. Argentina. Recuperado el 12 de agosto de 2015 de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas\\_prematuros2.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros; 2015. Recuperado el 7 de enero de 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>.
- Sociedad Iberoamericana de Neonatología V Consenso SIBEN: Analgesia y sedación neonatal. Brasil; 2012. Recuperado el 2 de agosto de 2015: <http://www.siben.net/images/files/5oconsensosiben2011analgesiaysedacionlepuedencambiarlogoporfavor1.pdf>.
- International Association for the Study of Pain IASP Taxonomy. Washington DC; 2012. Recuperado el 15 de agosto de 2015 de: [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions).
- Dinerstein A, Gonzalez M, Brundi M. Humanización en la atención neonatal. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá* 2000;19(4):173-6. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219407>.
- Morilla-Guzmán A. Historia de la incubadora. *Pediatría*. Ed C Med; 2006.
- Villamizar H. Dolor, sufrimiento y el recién nacido. Programa de educación continua en pediatría 2004;3:5-14. Recuperado el 24 de septiembre de 2015 de [https://scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_3\\_vin\\_3/precop\\_ano3\\_mod3\\_dolor.pdf](https://scp.com.co/precop/precop_files/modulo_3_vin_3/precop_ano3_mod3_dolor.pdf).
- Hernández-Hernández A, Vezquez-Solano E, Juárez-Chavez A, Villa-Guillén M, Villanueva-García D y Murguía de Sierra T. Valoración y manejo del dolor en neonatos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 2004;61(2):164-73. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de [http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000200009&scritp=sci\\_arttext](http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462004000200009&scritp=sci_arttext).
- Gómez M. A treinta años del caso Jeffrey Lawson. ¿Qué sabemos sobre el dolor en prematuros? I Congreso Nacional de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis. Argentina; 2015.
- García M, Amaya E, Narváez-Ramos R. Consideraciones generales sobre dolor. *Dolor en pediatría*. Venezuela. Ed. Médica Panamericana. 2da edición; 2010.
- Cibeira J. Tratamiento clínico del dolor. Rosario. Ed. Corpus; 2006.
- Basso G. Un nacimiento prematuro: acompañando el neurodesarrollo. Buenos Aires: Ed. Cesarini Hnos; 2012.
- Guerra de la Garza J. Dolor total. Madrid: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Departamento de medicina del dolor y paliativa; 2014. Recuperado el 22 de septiembre de 2015 de <http://www.dolorypaliativos.org/art137.asp>.
- Dinerstein A, Brundi M. El dolor en el recién nacido prematuro. Argentina: *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 1998;17:97-192. Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de: [www.sarda.org.ar/content/download/566/3494/file](http://www.sarda.org.ar/content/download/566/3494/file).
- Asociación Americana de Pediatría. Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics* 2006;118(5):2231. DOI: 10.1542/peds.2006-2277.
- Anand K. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The new england journal of medicine* 1987;317(21):1321-9. Recuperado el 25 de agosto de 2015 de: <http://www.cirp.org/library/pain/anand/>
- González-Fernández C, Fernández-Medina I. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. *Revista de enfermería* 2012;6(3). Recuperado el 18 de agosto de 2015 de: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/203/180>.
- Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain* 1996;12(1):13-22. Recuperado el 1 de febrero de 2017 de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8722730>.
- Unicef. Semana del prematuro. Argentina; 2010. Recuperado el 12 de agosto de: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>.