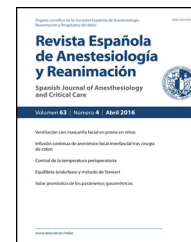




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



ORIGINAL

Concordancia en pacientes con dolor crónico secundario a enfermedades pediátricas entre la autovaloración y las puntuaciones reportadas por sus padres



A. Díez-R. Labajo^a, E. Castarlenas^b, J. Miró^b y F. Reinoso-Barbero^{c,*}

^a Servicio de Anestesiología-Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^b Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor-ALGOS, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

^c Servicio de Anestesiología-Reanimación y Tratamiento del Dolor Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 7 de marzo de 2016; aceptado el 2 de junio de 2016

Disponible en Internet el 17 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Adolescentes;
Pediatria;
Dolor crónico;
Escala numérica de dolor;
Intensidad de dolor;
Relación padres-hijos

Resumen

Fundamentos: Habitualmente los anestesiólogos solicitan a los progenitores la información acerca del dolor crónico secundario pediátrico (cuando los propios pacientes no son capaces de hacerlo) incluyendo 3 valores: máximo, medio y mínimo. Se desconoce cuál de estos 3 refleja de un modo más fiable el estado de dolor.

Métodos: Diecinueve niñas/os (6-18 años) con dolor crónico secundario tratados en la unidad de dolor infantil fueron incluidos en el estudio. El dolor crónico máximo, medio y mínimo fueron reportados por los padres y por los pacientes al inicio de su tratamiento usando la escala numérica del dolor del 0 al 10. La correlación entre padres e hijos se realizó con el coeficiente de intraclase (CIC) y el método de Bland-Altman.

Resultados: Los límites de concordancia (al 95%) entre padres e hijos oscilaron entre +2,19 y -2,07, entre +3,17 y -3,88 y entre +5,15 y -5,50, y los CIC fueron de 0,92, de 0,68 y de 0,50 para el dolor máximo, medio y mínimo, respectivamente.

Conclusiones: Solo los valores del dolor máximo mostraron una concordancia excelente entre padres e hijos. Estos resultados, aunque preliminares, parecen indicar que básicamente el dolor crónico máximo pediátrico podría ser interpretado de un modo más fidedigno por los padres de los pacientes que son incapaces de expresarse verbalmente

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.reinoso@salud.madrid.org (F. Reinoso-Barbero).

KEYWORDS

Adolescents;
Children;
Chronic pain;
Numerical rating
scale;
Pain intensity;
Parent-child

Agreement between child self-reported and parent-reported scores for chronic pain secondary to specific pediatric diseases

Abstract

Background: Parental report on a child's secondary chronic pain is commonly requested by anesthesiologists when the child cannot directly provide information. Daily pain intensity is reported as highest, average and lowest. However, it is unclear whether the parents' score is a valid indicator of the child's pain experience.

Methods: Nineteen children (aged 6-18 years) with secondary chronic pain attending our anesthesiologist-run pediatric pain unit participated in this study. Identification of highest, average and lowest pain intensity levels were requested during initial screening interviews with the child and parents. Pain intensity was scored on a 0-10 numerical rating scale. Agreement was examined using: (i) intraclass correlation coefficient (ICC), and (ii) the Bland-Altman method.

Results: The ICC's between the children and the parents' pain intensity reports were: 0.92 for the highest, 0.68 for the average, and 0.50 for the lowest pain intensity domains. The limits of agreement set at 95% between child and parental reports were respectively +2.19 to -2.07, +3.17 to -3.88 and +5.15 to -5.50 for the highest, average and lowest pain domains.

Conclusions: For the highest pain intensity domain, agreement between parents and children was excellent. If replicated this preliminary finding would suggest the highest pain intensity is the easiest domain for reporting pain intensity when a child cannot directly express him or herself

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor crónico en niños y adolescentes, independientemente de la existencia o no de una patología física subyacente, es un problema altamente prevalente a nivel mundial¹.

El dolor crónico puede ser secundario a una enfermedad específicamente pediátrica, y en estos casos empieza a ser tratado por los anestesiólogos pediátricos². El dolor crónico puede afectar severamente a estos niños interfiriendo en su calidad de vida. De hecho, hay publicaciones que demuestran que niños y adolescentes con dolor crónico presentan peor adaptación a las demandas cotidianas desde el punto de vista emocional, social y físico³⁻⁵.

El adecuado tratamiento del dolor infantil incluye una valoración inicial y rutinaria completa que considere sus diferentes dominios, unidades y niveles de análisis^{5,6}. La valoración del dolor pediátrico es una labor compleja, sobre todo cuando el niño o adolescente no puede aportar la información por sí mismo (por ejemplo, los niños en edad pre-verbal que no han desarrollado aún sus habilidades de comunicación)⁷. A veces se utiliza información indirecta (proporcionada por los familiares más cercanos) como vía alternativa para recopilar información sobre el dolor experimentado por el niño^{8,9}. De hecho, los padres han sido una fuente crucial para los médicos e investigadores dedicados al dolor pediátrico para obtener información acerca del mismo. Por este motivo, algunas decisiones clínicas fundamentales se basan en este tipo de informes de dolor⁸⁻¹⁰. Por ejemplo, tratamientos analgésicos con fármacos tan potentes y potencialmente peligrosos como los opiáceos o anestésicos locales¹⁰ se han administrado de acuerdo a la

percepción de la intensidad del dolor agudo percibido por los padres tras una intervención quirúrgica¹¹ o durante el tratamiento del dolor asociado a una enfermedad oncológica¹².

En los últimos años, varios estudios han profundizado en la concordancia entre la intensidad del dolor referida por el niño y la atribuida al niño por otras personas (por ejemplo, familiares o médicos), demostrando resultados muy contradictorios. En general, y basado en estos estudios, el nivel de correlación entre el informe aportado por el niño y el aportado por el padre oscila de pobre a moderado¹¹⁻¹⁴. Recientemente, un estudio señalaba que los padres pueden ofrecer una perspectiva clínicamente válida relacionada con el dolor crónico de sus hijos¹⁵⁻¹⁷. Así, las diferencias encontradas entre los diversos estudios podrían estar relacionadas con el dominio utilizado para medir la intensidad del dolor. Por ejemplo, el estudio de Vetter et al.¹⁷ es el único que se plantea si la intensidad del dolor comunicada por el niño o por los padres influye en la concordancia de sus puntuaciones, pero no llega a utilizar dominios específicos de intensidad de dolor crónico. Por eso, aún no está claro qué dominio de medición de la intensidad del dolor crónico utilizado habitualmente por médicos e investigadores (dolor máximo, dolor medio y dolor mínimo) daría mejores niveles de concordancia entre las valoraciones proporcionadas por los propios niños o las inferidas por sus padres, es decir, cuál de los 3 mencionados dominios sería el más fiable cuando el niño no pudiera informar directamente sobre su propia experiencia dolorosa.

El objetivo de este estudio ha sido examinar la correlación y la concordancia entre la valoración de la intensidad del dolor del propio niño y la valoración del dolor otorgada por sus padres. Dados los hallazgos previamente descritos,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5583801>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5583801>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)