

**CIUDAD DE LA SALUD- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICAS
MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS**

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

CONCEPTO DE DOLOR TOTAL

En el origen del dolor, influyen no solo aspectos orgánicos, sino también factores emocionales, sociales y económicos. Si no se interviene sobre estas áreas, el dolor puede transformarse en un síntoma intratable, a pesar de estar adecuadamente manejado desde el punto de vista farmacológico. Esta multicausalidad ha dado origen al concepto de dolor total.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

- Fisiopatológica: nociceptiva, neuropática, psicógena, mixta.
- Cronológica: aguda, crónica.
- Anatómica: central, periférica.
- Intensidad: leve, moderado, severo.
- Frecuencia: episódico, continuo, paroxístico, recurrente, incidental.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

La evaluación debe hacerse desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo.

La cualidad del dolor está dada por:

- Localización
- Duración
- Características del dolor
- Factores que aumentan y disminuyen el dolor

MNEMOTECNIA PARA EVALUAR EL DOLOR EN NIÑOS (QUESTT)

- Q** Preguntar al niño (*Question the child*)
- U** Usar escalas (*Use pain rating scales*)
- E** Evaluar conducta y cambios psicológicos (*Evaluate behaviour and physiological changes*)
- S** Involucrar a la familia (*Secure parent/caregiver involvement*)
- T** Tome en cuenta las causas del dolor (*Take cause of the pain into account*)
- T** Tome acciones y evalúe resultados (*Take action and evaluate results*)

EVALUACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

El auto informe es el método de preferencia del proceso de evaluación del dolor en niños mayores de tres años. En niños en etapa pre verbal o con alteraciones cognitivas, se deberá evaluar el impacto del dolor a través de los cambios en el comportamiento. Siempre se tiene que escuchar la opinión de los padres.

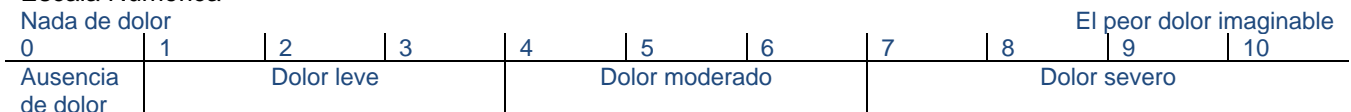
Para niños que no autodeclaran el dolor:

- Escala FLACC

CATEGORÍAS	SCORE		
	0	1	2
F – face	Sin expresión particular o sonríe	Mueca o gesto ocasional, retraído, desinteresado; parece triste o preocupado	Ceño fruncido constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa; cara angustiada: expresión de miedo o pánico
L – legs	Posición normal o relajada	Inquieto, agitado, tenso; temblores ocasionales	Patadas, o marcado aumento de la espasticidad, temblores constantes o sacudidas
A – activity	Acostado en silencio, posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce hacia atrás y adelante, tenso; agitado ligeramente, respiraciones superficiales y suspiros intermitentes	Arqueado, rígido, da sacudidas; agitación severa, se golpea la cabeza; temblor, aguanta la respiración, jadeo severo
C – cry	No llora (despierto o dormido)	Gime o lloriquea, ocasionalmente	Llanto constante, gritos o sollozos, quejidos frecuentes; gruñidos constantes
C – consolability	Contenido, relajado	Se tranquiliza por el contacto ocasional, abrazos, o al hablarle	Difícil de consolar si se aparta del cuidador, resistiendo las medidas de atención o de confort

Para niños que auto declaran el dolor tenemos las siguientes escalas:

- Escala Visual Análoga
- Escala Numérica



- Escala de Dibujos Faciales (Wong-Baker y/o Bieri)

TRATAMIENTO

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Mantener al niño libre o lo más libre de dolor posible, permitirle que se mueva aún cuando tenga dolor, evitar los efectos secundarios y mantener la capacidad de interactuar.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Complementan el tratamiento medicamentoso adecuado, pero no lo sustituyen.

- Físicas
 - Afectan los sistemas sensoriales (presión, masaje, frío, calor, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).
 - La aplicación de calor o frío es más eficaz en dolores localizados.
 - Los dolores asociados a alteraciones posturales o contracturas musculares responden bien al calor.
 - El frío presenta más ventajas y menos efectos secundarios que el calor.
- Psicológicas
 - Cognitivas: influyen los pensamientos del paciente, modifican el foco de atención (distracción, visualización, musicoterapia).
 - Conductuales: tienden a modificar conductas (relajación, técnicas de respiración, mindfulness).
 - Complementaria: musicoterapia, arte terapia, yoga, reiki.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

LINEAMIENTOS BÁSICOS DE LA OMS

- Por la vía apropiada: siempre que sea posible, la vía de elección es la oral. La elección de vías alternativas de administración (IV, SC, rectal) se realizará en base a disponibilidad, evaluación clínica y preferencias del paciente.
- Por reloj: administrar los analgésicos de forma regular y no según dolor; el objetivo es prevenir su aparición.
- Para cada niño: toda medicación se debe dosificar según las circunstancias de cada niño.
- Por escalera: se prefiere usar el concepto del “elevador analgésico”, es decir, que el médico tratante no tiene que empezar por el acetaminofén si se trata de un dolor moderado o intenso.

ANALGÉSICOS NO OPIODES

- Paracetamol o acetaminofén: la dosis es 10 a 15 mg/kg VO cada 4 horas, dosis máxima de 4 g/día o 75 mg/kg/día.
- Ibuprofeno: la dosis es 10 mg/kg VO cada 6 horas. No utilizarlo si hay riesgo de sangrado.

ANALGÉSICOS OPIODES

- Morfina: indicada para el manejo del dolor severo. La titulación inicial con morfina se ha de hacer con morfina de acción rápida. Iniciar con una dosis de 0.1 mg/kg a 0.2 mg/kg VO c/4h (máx. inicial 5 mg c/4h). En pacientes menores de 6 meses, menores de 10 kg o con daño cerebral, utilizar un tercio de la dosis para comenzar. En menores de tres meses pautar cada 12 horas. *La dosis correcta es la que calma el dolor.*

COADYUVANTES

Anticonvulsivantes: son útiles en dolor de tipo punzante y paroxístico que ocurren luego de una lesión nerviosa.

- Gabapentina: la dosis es de 5 a 35 mg/kg/día cada 8 horas.
- Carbamazepina: la dosis inicial es de 5 mg/kg/día, con un máximo de inicio de 100 mg, y se va aumentando gradualmente, hasta 10 a 20 mg/kg/día, repartidos en 2 o 3 tomas (máximo 500mg).

Antidepresivos

- Amitriptilina: indicada en dolor neuropático constante, en tenesmo rectal, o cuando hay insomnio o depresión asociados. La dosis inicial es de 0.2 a 0.5 mg/kg con una dosis de inicio máxima de 25 mg antes de acostarse; se puede ir aumentando en un 25% cada 2 a 3 días hasta llegar a un total de 0.5 a 2.5 mg/kg.

Antagonistas NMDA: pueden ser utilizados para cualquier tipo de dolor ya sea neuropático, inflamatorio, o debido a enfermedad vascular periférica.

- Ketamina: a dosis subanestésicas, tiene efecto analgésico, sin alterar el estado de consciencia. El efecto analgésico comienza a los 30 minutos de la dosis oral y su vida media es de 1 a 3 horas. Puede ser administrada por vía intravenosa a 1-3 mg/kg/hora. Es un potente vasodilatador cerebral, por lo que *no debe ser utilizada ante un paciente con hipertensión endocraneana.*

Corticosteroides: son útiles para aliviar el dolor por compresión de vías nerviosas, por compresión epidural de médula espinal, metástasis óseas, cefalea por hipertensión endocraneana y para el dolor secundario a distensión capsular.

- Dexametasona: es conveniente su utilización por pulsos, es decir ciclos cortos de 3 a 5 días, y hay que repetirlos cuando sea necesario. La dosis es de 0.3 a 0.6 mg/kg/d cada 8 horas (máximo 8 mg cada 8 horas).

OTROS TRATAMIENTOS

- Radioterapia: en las metástasis óseas, o local para el dolor localizado por infiltración tumoral.
- Bifosfonatos (ácido zoledrónico): inhiben la resorción ósea, se utilizan en el tratamiento de la hipercalcemia y las metástasis óseas.
- Infiltración local, bloqueo nervioso, bloqueo epidural y cirugías paliativas

BIBLIOGRAFÍA: (1)WHO Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses 2014. (2)Precilla J, Ah Chu M. Recomendaciones de manejo de los síntomas comunes del paciente en cuidados paliativos. Informe documentado presentado al Comité de Calidad del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel, Panamá, marzo 2016. (3)Bonica's Management of Pain 3rd edition By John D. Loeser (Editor), Steven H. Butler (Editor), C. Richard Chapman (Editor), PhD Dennis C.Turk (Editor) By Lippincott Williams & Wilkins Publishers, Ullrich C, Wolfe J- Pediatric Pain and Symptom Control. En: Walsch D, Caraceni AT, Fainsinger R, Foley K, Radbruch L. Palliative Medicine, First Edition, 2009, Saunders, Verges-López: Normas de Atención del Hospital del Niño de Panamá, 2008. Editora Sibauste, Panamá (4)Peralta L, Onoratelli M, Bevilacqua S.M. Manejo de Dolor. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013. (5)Bichara A., Bonelli S., Kalbermatter A., Margetik M., Principios generales de control de síntomas. En: Cacciavillano, W. (Ed), Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 1ª ed. Buenos Aires. Instituto Nacional del Cáncer. 2013: 169-172.

