

## 20. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN CUIDADO PALIATIVO PEDIÁTRICO

Dra. LISBETH QUESADA TRISTÁN

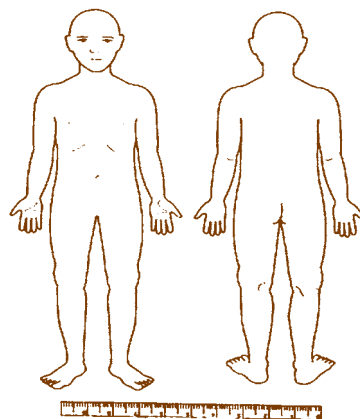
Hoy sabemos que durante años hemos dejado de diagnosticar y tratar el dolor en los niños y niñas, aun más que en los adultos. El alivio del dolor es un principio básico de la medicina, sin embargo, las investigaciones al respecto nos señalan que el dolor no siempre es una prioridad y que en la gran mayoría de los casos no es bien tratado, como resultado de mitos, ignorancia y miedos a la adicción. El diagnóstico y el tratamiento del dolor en los niños y niñas es un reto, pero no un imposible como muchos creen. Los niños(as) muy pequeños no siempre están en capacidad de transmitir la intensidad, el tipo de dolor, la localización y su irradiación.

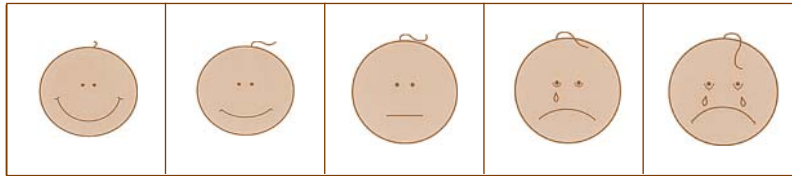
### ● PRINCIPIOS

- 1) *Valoración*\_la clave del éxito será siempre evaluar y reevaluar diariamente al paciente sobre el estado de su dolor. En lo posible use siempre la misma escala para evaluar el dolor.

La siguiente escala de caritas diseñada por Ada Rogers y Raymond Houde (para niños mayores de 3 años) y el dibujo del cuerpo entero, donde los niños señalan o colorean su dolor, son las utilizadas en la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital de Niños de San José, Costa Rica.

#### *Esquema corporal*



*Escala de caritas*

En los niños menores de tres años, es útil interrogar a la madre, quien generalmente identifica los cambios conductuales y afectivos del niño. Se le debe observar en diferentes momentos para determinar si tiene o no dolor, su intensidad, el tipo de dolor a tratar y la extensión de la enfermedad (ver Valoración de Síntomas Pediátricos, capítulo 19)

- 2) Las drogas son las mismas que se utilizan para el tratamiento del dolor en los adultos (morfina, metadona, codeína, tramadol, acetaminofén, amitriptilina), con algunas excepciones como la aspirina y otras contraindicadas en los niños.
- 3) Las dosis de inicio se calculan de acuerdo al peso en kg y luego se ajustan a la intensidad del dolor. La dosis analgésica recomendada es la que lo alivia.
- 4) La morfina y la metadona no tienen "tope". El mito sobre no utilizar opioides desde un inicio, cuando se trata de un dolor intenso, para evitar un final donde "no tendremos nada más que ofrecer", es el reflejo de la ignorancia sobre la farmacodinamia y farmacokuinesia de los opioides.
- 5) El concepto de dolor total con sus cuatro componentes: biológico, social, psicológico y espiritual, debe tomarse en cuenta siempre.
- 6) La escalera analgésica de la OMS y sus principios es igualmente válida para los niños: *por peldaños, por reloj, por la vía adecuada, y para cada niño*
- 7) Vías de administración:
  - + Oral: más cómoda, menos traumática y segura de administrar.
  - + Intramuscular: obsoleta y produce dolor.
  - + Endovenosa: útil para el alivio rápido del dolor en una emergencia.
  - + Subcutánea: válida, pero puede producir dolor (una aguja mariposa puede dejarse por una semana sin necesidad de cambio).

- + Rectal: apropiada, aunque en ocasiones errática.
  - + Sonda nasogástrica: incómoda, pero necesaria cuando el niño ya no deglute (ver capítulo sobre anorexia/caquexia).
- 8) Recordar el componente psicológico. La anticipación al dolor moldeada por las experiencias previas del mismo pueden desencadenar llanto anticipatorio (un niño puede estar llorando y no necesariamente significa que le duele).
  - 9) Es posible que un niño que está jugando, viendo televisión o dormitando marque dolor intenso en una escala de autovaloración. Este hecho es particularmente frecuente cuando el menor o el adolescente tienen temor al tratamiento (ej: una inyección). No es ético amenazar o permitir que otros amenacen a un niño con una inyección como forma de castigo o manipulación para que se pueda llevar a cabo un procedimiento o para que no llore más.
  - 10) Debido a que la farmacocinética no es la misma, para los lactantes menores de seis meses la dosis inicial de opioides en términos de mg/kg debe ser entre una cuarta parte y un tercio de la dosis inicial que la usada en los niños mayores de seis meses. Deben observarse rigurosamente, por el riesgo de depresión respiratoria retardada como efecto secundario. El concepto en medicina de que los neonatos no tienen dolor porque su SNC es inmaduro, ha sido superado desde hace muchos años.

#### ● TIPOS DE DOLOR

- + **Dolor agudo**\_Generalmente se produce por una lesión o herida bien definida. Es limitado en el tiempo y predecible. Se acompaña de signos muy claros como ansiedad, taquicardia, taquipnea, sudoración, dilatación pupilar, llanto persistente e inconsolable. En el paciente con cáncer puede indicar progresión de la enfermedad.
- + **Dolor crónico**\_Interfiere rutinariamente con las actividades del niño(a). Se extiende en el tiempo, es mal definido, de inicio gradual y persistente. Puede darse “un acostumbamiento del SNC”, lo que elimina las manifestaciones externas del dolor agudo, propiciando la creencia de que el paciente no tiene dolor. Por lo general, nos enfrentamos a un paciente poco activo, deprimido y en proceso de despersonalización.

Origen:

- Nociceptivo o somático: afecta la piel y a las estructuras del músculo esquelético. Es típico de los osteosarcomas, el tumor de Ewing, la leucemia, carcinoma de nasofaringe y los rhabdomyosarcomas. Puede ser descrito como compresivo, punzante, agudo, sordo y pulsante.
- Visceral: involucra estructuras profundas por infiltración, compresión, estiramiento y extensión de vísceras. Está mal localizado, es profundo, opresivo. Se presenta por lo general en hepatopatías crónicas, en el tumor de Willms, en cáncer con metástasis peritoneales y en los neuroblastomas fuera del SNC.
- Neuropático: presente en lesiones del SNC, y periférico por compresión, necrosis, infiltración, o inflamación. Típico de los tumores sólidos en el cerebro, meduloblastomas y leucemias con infiltración meníngea. Por lo general, los niños lo describen como un dolor que pica, quema o arde. Puede o no acompañarse de alodinia, o de parestesias.

Si los niños que tratamos viven muy lejos del hospital y los recursos económicos son limitados, es importante anticiparse a la evolución de la enfermedad, de manera tal que al iniciarse los síntomas esperados los padres no solo estén advertidos y educados, sino que también cuenten con los medicamentos para cada síntoma.

#### ● **TRATAMIENTO**

A continuación, se recomienda una lista de medicamentos para el dolor y las dosis iniciales recomendadas.

#### ● **DOLOR LEVE A MODERADO**

ACETAMINOFÉN: 10-15mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs.

IBUPROFENO: 5-10mg/kg/ dosis VO cada 6-8 hrs.

NAPROXENO: 5mg/kg/dosis VO cada 8-12 hrs.

TRAMADOL: 1mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs.

CODEÍNA: 0.5-1mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs. Por lo general, va asociado a acetaminofén.

AMITRIPTILINA: 0.2-0.5mg/kg HS inicial, máximo 25mg. Aumente en un 25% cada 2 ó 3 días hasta lograr niveles antidepressivos. El sueño mejora de inmediato y el dolor, dentro de los primeros 3-5 días.

### ● DOLOR MODERADO A INTENSO

SULFATO DE MORFINA: 0.2-5mg/kg/ dosis VO cada 4-6 hrs. La dosis oral deberá triplicar la dosis endovenosa cuando se cambia de ruta de administración de VI a VO.

SULFATO DE MORFINA: 0.1mg/kg/ dosis VI, por catéter central, subcutáneo, cada 4-6 hrs. La vía intramuscular está en desuso, al igual que la meperidina (Demerol) para tratar el dolor por cáncer.

AMITRIPTILINA: ídem. Contra indicado en intervalo QT prolongado corregido o bloqueo cardíaco.

METADONA: 0.2mg/kg/ dosis VO cada 6-8 hrs. La metadona ha sido tradicionalmente una droga de rotación cuando se están dando otros opioides tipo morfina. Puesto que penetra la barrera hematoencefálica en un 100% (contrario a la morfina que lo hace en aproximadamente un 35%), en Costa Rica se usa desde hace 12 años como droga de primera elección en tumores del SNC y periférico con dolor tipo neuropático. Para determinar las dosis necesarias cuando el paciente es virgen en opioides, se deben seguir los siguientes pasos:

- La metadona se prescribe según el dolor lo demande según dolor (PRN) por VO, subcutánea o IV en las primeras 72 hrs.
- Se suma el consumo en mg durante esos tres días (A).
- El total A se divide en 3 para determinar el consumo promedio diario (B).
- El total B se divide por tres o cuatro (cada 6-8 hrs) para determinar la cantidad necesaria por dosis (C).

La metadona tiene un promedio de vida muy largo (23hrs.). Es liposoluble, contrariamente a la morfina que es hidrosoluble. Existe riesgo de acumulación, sobre todo cuando hay insuficiencia renal o hepática. Al establecer un esquema fijo después de las primeras 72 hrs; se debe observar continuamente al paciente para detectar signos de posible intoxicación.

Todos los opioides comparten los mismos efectos secundarios tales como náusea, vómito, constipación, sedación, retención urinaria. El médico que prescribe el opioide debe recetar conjuntamente un laxante, siempre, preferiblemente de fibra hidrosoluble.

### ● CONSEJOS PRÁCTICOS

A continuación, se recomienda una lista de medicamentos para el dolor y las dosis iniciales recomendadas.

- 1) No transfunda al paciente con leucemia en fase terminal. Explique a los padres con anticipación los riesgos que corre y la poca o nula utilidad que tiene.
- 2) En etapa terminal, es común que haya sangrado por la nariz, encías o recto. Aconséjelos a que tengan a mano toallas medianas de color rojo, negro o azul oscuro para que el paciente no se angustie cuando sangre. Enjuague la boca con agua de bicarbonato y unas gotas de limón 6 veces por día, para ayudar con el mal sabor y el olor que se produce con el sangrado oral.
- 3) Por lo general, el Sarcoma de Ewing deforma la cara por las metástasis en huesos craneales, especialmente si el paciente ha recibido radioterapia. Anticípese educando a la familia sobre las eventuales deformaciones que se puedan presentar. Siempre que sea posible, rescate al niño o adolescente en su dimensión de ser humano. Es difícil lidiar con esas deformaciones. Aconseje esconder progresivamente los espejos, especialmente los que son accesibles al paciente. Es importante cubrir estas transformaciones paulatinas con gasas y vendas para no exponerse ante los ojos inquisidores de otros.
- 4) Si el paciente tiene lesiones como úlceras o crecimiento del tumor al exterior, el proceso normal de necrosis con el crecimiento tumoral suele sobreinfectarse y el olor puede llegar a ser insoportable para todos. Desde un inicio es importante mantener la higiene y limpieza de las úlceras. Una gasa mojada en la siguiente solución puede ayudar a la sobreinfección y mal olor: una vez que se haya limpiado la úlcera, se retiran 10cc de un litro de suero fisiológico estéril y se reponen con 10cc de solución de cloro comercial de uso de la casa. La solución restante se refrigera y se puede volver a utilizar las veces que sea necesario.
- 5) Recuerde que los niños son niños, y los adolescentes , adolescentes y seguirán siéndolo aun con dolor o al enfrentar una enfermedad terminal . No pretenda un comportamiento de adultos.
- 6) Rescátese a usted mismo como sanador que es. Si no puede curar, sí puede aliviar y acompañar. Hay magia en el acto de cuidar, y consiste en poder equilibrar y ponderar la atención en las cuatros dimensiones fundamentales del ser humano: biológica, psicológica, social y espiritual. La magia fluye cuando estamos humanizados y somos compasivos con nosotros mismos y con los demás.

*Lecturas recomendadas*  
**1\_***Gómez Sancho Marco y otros. (1999) Medicina paliativa en la cultura latina. España, Ediciones Arán, SA: 247-289.*  
**2\_***Organización Mundial de la Salud. (1998) Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil. OMS: Ginebra.*