

Comentario sobre:

Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas

Organización Mundial de la Salud

http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf

“El dolor en los niños es un problema de salud pública de gran importancia en casi todo el mundo. Aunque existen conocimientos y medios para aliviarlo, es frecuente que el dolor de los niños no se reconozca, se ignore o incluso se niegue.”

En el año 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró y difundió las presentes directrices, que sustituyen a las anteriormente propuestas⁽¹⁾. En ellas se formulan varias recomendaciones clínicas para la evaluación del dolor en niños y para su tratamiento, pero en particular presentan un nuevo enfoque farmacológico bifásico. También señalan los cambios de políticas necesarios y las áreas de investigación prioritarias en el futuro.

La Asociación internacional para el estudio del dolor lo define como: *“una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con daño tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño”*. Con respecto al dolor en niño añade que: *“La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico apropiado. El dolor es siempre subjetivo...”*.

El tratamiento óptimo del dolor comienza con su evaluación precisa y exhaustiva, que le permite al profesional de la salud tratarlo y evitar sufrimientos innecesarios. Dicha evaluación debe reiterarse a intervalos regulares porque la enfermedad y los factores que influyen en ella pueden cambiar a lo largo del tiempo. Las evaluaciones periódicas permiten determinar la eficacia de las estrategias terapéuticas. En el proceso de evaluación del dolor deben participar el niño, sus padres o cuidadores, y los profesionales de la salud.

La evaluación inicial del niño con dolor, además de una anamnesis detallada y una exploración física ex-

haustiva, requiere la identificación de la o las posibles causas y la medición de la intensidad con un instrumento apropiado para la edad y el desarrollo cognitivo del niño. *“No hay ningún instrumento de medición de la intensidad del dolor que sea adecuado para todas las edades o todos los tipos de dolor”*. En niños mayores de 3 años es posible utilizar escalas de autoevaluación como: escala de caras, escala visual analógica, escala de puntuación numérica entre otras. En niños menores de 3 años o con alteraciones cognitivas es necesario evaluar las variables fisiológicas y cuantificar otros signos conductuales.

El tratamiento óptimo del dolor puede necesitar un enfoque integral consistente en la combinación de analgésicos no opioides, analgésicos opioides, adyuvantes y estrategias no farmacológicas. El enfoque integral es posible incluso en entornos de escasos recursos.

Principios del tratamiento farmacológico del dolor

El uso correcto de los analgésicos aliviará el dolor en la mayoría de los niños con dolor persistente debido a enfermedades médicas, y se basa en los siguientes conceptos fundamentales:

- **Uso de una estrategia bifásica.** Se recomienda utilizar el tratamiento analgésico en dos fases, dependiendo de la intensidad del dolor. A diferencia de las recomendaciones anteriores de escalera de tres peldaños, en la presente guía se propone evaluar al niño y clasificar el dolor en 2 fases:
 1. Primera fase, dolor leve: paracetamol e ibuprofeno (solo mayores de 3 meses).
 2. Segunda fase, dolor moderado a severo: la morfina es el fármaco de elección, aunque se deben tener en cuenta y a disposición otros opioides potentes para garantizar la existencia de alternati-

Tabla 1. Analgésicos no opioides para alivio de dolor en neonatos, lactantes y niños

Fármaco	Neonatos (0-29 días)	Lactantes 30 días -3 meses	Lactantes 3-12 meses y niños de 1-12 años	Dosis máxima diaria
Paracetamol	5-10 mg/kg cada 6-8 horas	10 mg/kg cada 4-6 horas	10-15 mg/kg cada 4-6 horas *	Neonatos, lactantes y niños: 4 dosis diarias
Ibuprofeno			5 -10 mg/kg cada 6 -8 horas	Niños: 40 mg/kg/día

* máximo 1 gramo por dosis

Tabla 2. Dosis de inicio de morfina para neonatos vírgenes de opioides

Vía de administración	Dosis
Inyección i/v *	0,025-0,05 mg/kg cada 6 horas
Inyección s/c	
Infusión i/v	Dosis inicial * 0,025-0,05 mg/kg Seguir con: 0,005-0,01 mg/kg/hora 0,1 mg/kg cada 6 o 4 horas

* administración lenta de morfina durante al menos 5 minutos
i/v: intravenosa; s/c: subcutánea

vas a la morfina en caso de que esta produzca efectos colaterales intolerables.

- **Administración a intervalos regulares.** Se debe administrar la analgesia “por reloj”, es decir a intervalos regulares previamente indicados y no “según necesidad”. Bajo un régimen “según necesidad” el niño tiene que experimentar dolor para poder obtener medicación, puede tener miedo que su dolor no sea controlable y con eso asustarse más, lo que aumenta el dolor. Además, las dosis de opioides requeridas para prevenir la reaparición del dolor son más bajas que las necesarias para tratar el dolor episódico. Por tanto, el niño debe recibir analgésicos a intervalos regulares, con dosis adicionales “de rescate” para el dolor intermitente.
- **Uso de la vía de administración apropiada (en lo posible oral).** Los analgésicos deben ser administrados a los niños por la vía más sencilla, más efectiva y menos dolorosa. Según la OMS, la vía oral es la recomendada para la administración de los opioides. Los niños con enfermedades pasibles de cuidados paliativos muchas veces cuentan con sonda nasogástrica o gastrostomía que constituyen una alternativa a la vía oral. Cuando la vía oral o enteral no esté

Tabla 3. Dosis de inicio de morfina para lactantes vírgenes de opioides (1 mes-1 año)

Vía de administración	Dosis
Oral (liberación inmediata)	0,08-0,2 mg/kg cada 4 horas
Inyección i/v *	1-6 meses: 0,1 mg/kg cada 6 horas
Inyección s/c	6-12 meses: 0,1 mg/kg cada 4 horas
Infusión i/v	1-6 meses: dosis inicial i/v: 0,05 mg/kg, seguir con: 0,01-0,03 mg/kg/hora, 6-12 meses: dosis inicial i/v: 0,1-0,2 mg/kg, seguir con: 0,02-0,03 mg/kg/ hora
Infusión s/c	1-3 meses: 0,01 mg/kg/ hora 3-12 meses: 0,02 mg/kg/ hora

* administración lenta de morfina durante al menos 5 minutos
i/v: intravenosa; s/c: subcutánea

disponible, la elección de vías de administración alternativas debe basarse en el juicio clínico, la disponibilidad, la viabilidad y las preferencias del paciente. La vía subcutánea (SC), sea en infusión continua o en bolos intermitentes administrados a través de un catéter permanente, se utiliza mucho y podría ser una alternativa valiosa.

- **Individualización del tratamiento “para cada niño”.** Toda medicación se debe dosificar según las circunstancias de cada niño; no hay una dosis única que sea apropiada para todos. Lo deseable es establecer una dosis que evite que el niño sienta dolor antes de la administración de la siguiente dosis. Para esto es esencial mantener una vigilancia constante sobre el dolor del niño y ajustar la dosis de analgésico según sea necesario para controlarlo. La dosis de opioide efectiva para aliviar a un niño varía mucho de unos niños a otros, y también para el mismo niño

Tabla 4. Dosis de inicio de morfina para niños vírgenes de opioides (1-12 años)

Vía de administración	Dosis
Oral (liberación inmediata)	1-2 años: 0,2-0,4 mg/kg cada 4 horas 2-12 años: 0,2-0,5 mg/kg cada 4 horas (máximo 5 mg)
Oral (liberación retardada)	0,2-0,8 mg/kg cada 12 horas
Inyección i/v*	1-2 años: 0,1 mg/kg cada 4 horas
Inyección s/c	2-12 años: 0,1-0,2 mg/kg cada 4 horas (máximo 2,5 mg)
Infusión i/v	Dosis inicial i/v: 0,1-0,2 mg/kg*, seguir con: 0,2-0,3 mg/kg/hora
Infusión s/c	0,02 mg/kg/hora

i/v: intravenosa; s/c: subcutánea
* administración lenta de morfina durante al menos 5 minutos

en distintos momentos, y por lo tanto se debe basar en el grado de dolor de cada niño en particular.

Las tablas 1, 2, 3 y 4 describen los fármacos analgésicos y las dosis recomendadas por la OMS.

Aún en la actualidad, con los conocimientos científicos existentes, muchas personas con enfermedades agudas y crónicas, de todas las edades sufren dolor. En los niños, existen múltiples mitos y creencias erróneas respecto a su capacidad de percibir dolor. Esto, se suma a las dificultades reales para evaluar la localización e intensidad del dolor en los menores de 3 años o en aquellos que tienen déficit cognitivo. La presente guía ofrece un detallado resumen de las características de los distintos tipos de dolor así como algoritmos para su evaluación y tratamiento.

Respecto al tratamiento, esta nueva guía, propone una modalidad en dos fases, que suprime el uso de opioides débiles (codeína y tramadol) para el dolor moderado, iniciando más precozmente el uso de morfina. El tramadol es hasta la fecha un fármaco muy utilizado en nuestro medio para dolor moderado. A la luz de la presente guía, si éste se utiliza, se debería al menos estar

muy atento a su resultado clínico mediante frecuentes re evaluaciones del dolor del niño. Si no se obtiene mejoría, se debe rápidamente comenzar el uso de morfina.

El dolor es un síntoma frecuente en los niños, y recibir tratamiento apropiado un derecho de los mismos.

Todos los profesionales que asisten niños deben estar capacitados para:

- identificar al niño con dolor;
- evaluar las causas y la intensidad del mismo;
- establecer las primeras medidas de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

La presente guía constituye un aporte valioso para la capacitación básica de los equipos de salud respecto al abordaje del dolor en niños.

Referencias bibliográficas

1. **Organización Mundial de la Salud.** Alivio del dolor y tratamiento paliativo en niños con cáncer. Ginebra, 1999. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243545124.pdf> (Consultado el 31/10/2010).

Dra. Mercedes Bernadá
Prof. Agda. de Pediatría
Facultad de Medicina
Coordinadora de la Unidad de Cuidados paliativos Pediátricos del CHPR