

Manejo del dolor en el paciente pediátrico

María Eliana Eberhard F.,¹ Ximena Mora D.²

En la última década, ha habido un creciente interés en el manejo del dolor pediátrico, pero a pesar de estos avances aun hay muchos niños que sufren innecesariamente por falta de un adecuado tratamiento. La asociación internacional para estudio del dolor (IASP) lo define como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociado a un daño tisular actual o potencial".

Hay múltiples evidencias en la literatura que demuestran que el mal manejo del dolor agudo repercute en la morbimortalidad postoperatoria, y complica el tratamiento en el corto plazo aumentando la cantidad de fármacos y costos. Por otro lado, favorece además la cronificación del dolor, y a largo plazo trae consecuencias psicológicas, como ansiedad, miedo, alteraciones del sueño y del comportamiento.

El control del dolor es parte fundamental de una buena práctica médica y de una atención de alta calidad. La prevención y un buen manejo del dolor son prioridades cuando se trabaja con niños, para lo cual es necesario incorporar y considerar al dolor

como el 5° signo vital; por lo tanto al evaluar los signos vitales, se debe considerar si el niño tiene o no tiene dolor, su intensidad, si la terapia analgésica es adecuada, si hay efectos colaterales de los medicamentos y si requiere terapia de rescate. Al integrar el concepto de dolor como parte de la rutina de tratamiento, ya se tiene gran parte avanzada.

La evaluación de la magnitud del dolor en pediatría no es fácil, especialmente en los más pequeños, existiendo innumerables tablas y guías para realizarlo. Lo importante es lograr una forma de evaluación adecuada a cada centro asistencial, que sea fácil de utilizar y reproducible por cualquier miembro del equipo de salud. Entre las escalas revisadas nosotros proponemos, para los menores de 5 años, el uso de una escala clínica de dolor. En este grupo etario los puntos a observar son: verbalización, expresión facial, respuesta motora, postura, actividad y aspecto general, (tabla 1) en el grupo de los mayores de 5 años, proponemos una adaptación de la escala visual (utilizada en los

Tabla 1. Escala clínica de dolor en menores de 5 años

Puntaje	Características Clínicas
1	Niño feliz, juguetón, risueño
2	calmado, dormido
3	dolor moderado, llora, hace muecas, puede distraerse con juguetes, los padres, y la comida
4	dolor moderado, llora, se distrae con dificultad, puede adoptar posición antiálgica se lleva las manos al sitio del dolor
5	dolor severo, llanto inconsolable, niño que no se consuela con nada

1. Médico Anestesiólogo. Clínica Alemana. Servicio Médico Legal.

2. Médico Anestesiólogo. Clínica Alemana. Hospital San Juan de Dios.

adultos), a una escala de 5 puntos para facilitar la comprensión y cooperación, ambas escalas tienen un puntaje de 1 a 5, donde 1 y 2 son dolor leve, 3 y 4 dolor moderado y 5 dolor severo. Se habla de dolor controlado cuando su evaluación es de 1 ó 2. (figura 1).

Cualquier dolor debe tratarse y los puntos clave a considerar son: una evaluación regular (presencia o no de dolor, intensidad y causa), detección de efectos adversos y su adecuado tratamiento.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Las primeras experiencias dolorosas deben manejarse correctamente ya que servirán de experiencia positiva o negativa frente a experiencias posteriores.

El tratamiento debe ser sistemático (horario), anticipado al evento doloroso (analgésia preventiva) y multimodal, es decir atacando las diversas vías del dolor en distintos puntos y en forma simultánea.

Para el tratamiento disponemos de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Entre las medidas farmacológicas contamos con analgésicos como, paracetamol, AINES, opiodes, anestésicos locales, coanalgésicos (relajantes musculares, toxina botulínica, ansiolíticos). Entre los medios no farmacológicos, están los métodos físicos (masaje, inmovilización, crioterapia), y también se cuenta con técnicas psicológicas y/o conductuales como la relajación y distracción (música, cuentos, juegos, etc).

Los analgésicos se agrupan en relación a la intensidad del dolor; leve, moderado o severo, su vía de administración puede ser: oral, rectal, endovenosa y subcutánea. La vía oral es la más simple y práctica, y debe

utilizarse siempre que sea posible. La vía rectal es de absorción irregular y tienen una latencia importante de considerar en el caso de usarlo como analgésico de rescate, pero muy práctica en niños menores, debiendo evitarse en pacientes oncológicos. La vía endovenosa, permite un rápido alivio del dolor, su efecto es predecible y efectivo.

Para el tratamiento del dolor leve, contamos con el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (tabla 2). El Paracetamol es el único permitido en los menores de 1 año (aceptado aún en prematuros). Los AINES son un grupo de drogas con potenciales efectos secundarios a nivel digestivo, renal y de coagulación, debiendo evitarse en los menores de 6 meses por la inmadurez renal. Están contraindicados en asmáticos severos, deshidratación y/o hipovolemia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, úlcera péptica, coagulopatía y alergia a los AINES. La asociación de AINES no potencia el efecto analgésico, sólo aumenta el riesgo de los efectos colaterales.

En el tratamiento del dolor moderado, utilizamos la codeína, (opiode débil) y el tramadol (analgésico opiode de acción central) (tabla 3).

En el caso de dolor severo, la Morfina, es la droga de referencia, otorgando una analgesia dosis dependiente, y sólo los efectos colaterales limitan su dosificación, como son: la sedación, la depresión respiratoria, las náuseas y vómitos, el íleo, la retención urinaria y el prurito. El riesgo de sedación excesiva o depresión respiratoria se origina en una dosificación desproporcionada a la intensidad del dolor o a la potenciación con otros agentes depresores o sedantes. Al utilizar morfina u otros opiodes debe realizarse una monitorización del paciente que es fundamentalmente clínica, registrarse en forma

Tabla 2. Medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor leve

Fármaco	Dosis	Dosis Máx 24 Horas	Vía
Dipirona	25 mg/kg cada 8 hr	100 mg/kg	oral, rectal, ev
Ibuprofeno	10 mg/kg cada 6-8 hr	40 mg/k	oral
Naproxeno	5 mg/kg cada 8-12 hr	15 mg/kg	oral, rectal
Ketoprofeno	1-2 mg/kg cada 6 hr	4 mg/kg (200 mg)	oral, ev
Ketorolaco	0,5 mg/kg cada 12 hr	2 mg/kg (20 mg)	oral, ev
Nimesulida	1-2 mg/kg cada 8-12 hr	5 mg/kg	oral, rectal

Tabla 3. Medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor moderado

Fármaco	Dosis	Dosis Máx 24 Horas	Vía
Codeína	0,5 - 1 mg/kg cada 4 horas	12 mg/kg	oral
Tramadol	0,75 - 1 mg/kg cada 4-6 horas	5-6 mg/kg	oral ev

ev= endovenoso

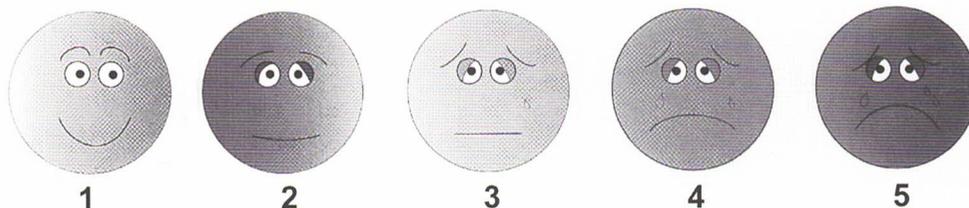


Figura 1. Escala caritas para evaluación del dolor en mayores de 5 años.

continúa la frecuencia respiratoria, el grado de sedación y somnolencia (tabla 4).

En relación al grupo de los anestésicos locales, se cuenta con aquellos que se aplican en forma tópica, como el EMLA (mezcla eutética de lidocaína con prilocaína), y los que se utilizan en la infiltración de la zona afectada y en bloqueos tanto centrales como periféricos. En este último caso los más empleados son la lidocaína, bupivacaína y ropivacaína.

Entre los bloqueos periféricos de extremidad superior más utilizados en pediatría, está el bloqueo del plexo braquial, que en los niños se realiza preferentemente por vía axilar. A este nivel el bloqueo es fácil de realizar, seguro y efectivo analgésico para cualquier nivel de la extremidad superior, ya que a diferencia de los adultos este plexo aun no se encuentra compartimentalizado a nivel axilar.

En la extremidad inferior, entre los de uso más frecuente se cuenta con el bloqueo 3 en 1, variante del bloqueo femoral, (cutáneo lateral, femoral y obturador), muy utilizado en todos los procedimientos dolorosos de fémur y rodilla. El bloqueo tibial (a nivel de rodilla y/o tobillo), y el peroneo (a nivel de rodilla y/o tobillo).

Entre los bloqueos centrales se encuentra el intratecal (espinal o raquídea), el epidural que puede ser a nivel caudal, lumbar o torácico. La epidural caudal se destaca por realizarse exclusivamente en la edad

Tabla 4. Escala de sedación en analgesia opiácea

S 1	Despierto
S 2	Somnoliento
S 3	Dormido pero se mueve espontáneamente
S 4	Dormido pero responde a estimulación
S 5	Dormido y no responde

pediátrica, aproximadamente hasta los 12 años, es fácil de realizar, y da una buena analgesia y permite combinar anestésicos locales con opiodes y otros drogas como la ketamina, clonidina, etc que potencian su efecto analgésico.

Este último grupo de técnicas regionales son realizadas y manejadas por anestesiólogos pero el médico tratante debe tenerlos siempre presente para solicitarlo si la situación lo amerita.

REFERENCIAS

- 1.- Clínicas de anestesiología de Norte América. 4/ 1991.
- 2.- Páyele C, Bilbeny N: El Dolor. Aspectos básicos y clínicos. Editorial Mediterráneo. 1997.
- 3.- Osses H, Poblete M: Manejo del dolor postoperatorio. Revista Chilena de Anestesia 2002.