



Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

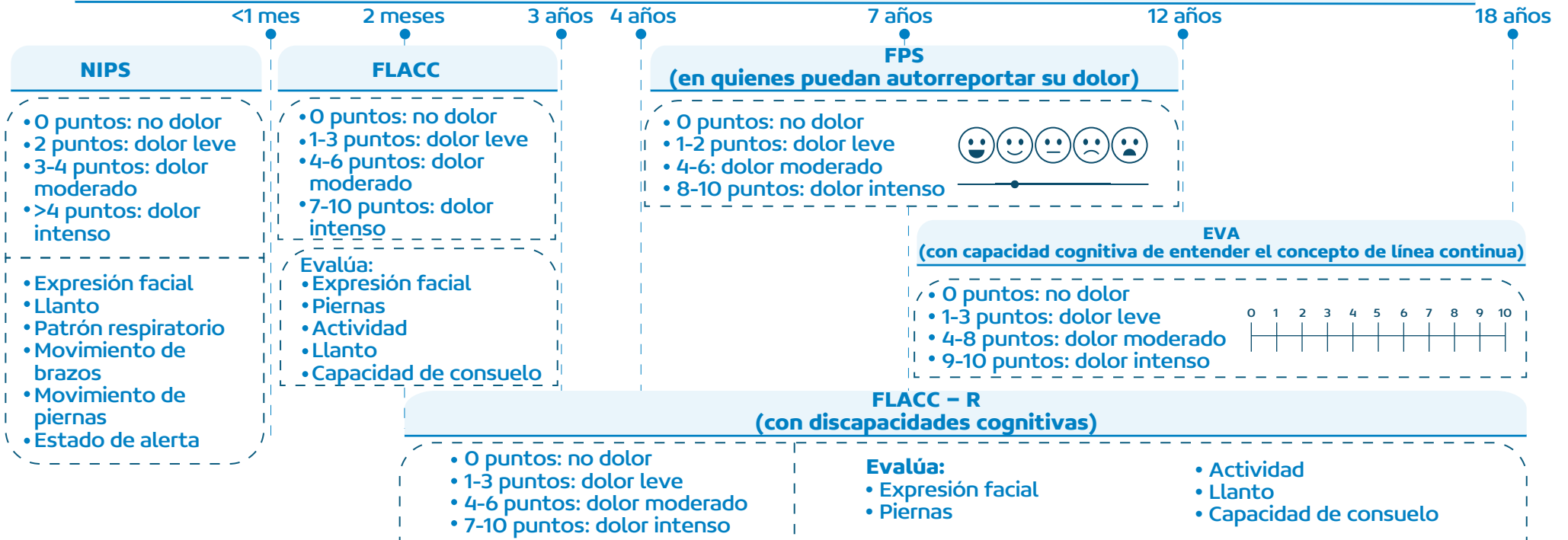
Cuidados paliativos pediátricos (CPP) es un enfoque integral y activo de atención orientado al cuerpo, la mente y el espíritu del niño, así como al acompañamiento de su familia y cuidadores, ante enfermedades que limitan o amenazan su vida.

con el objetivo de

Mejorar la calidad de vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales o espirituales.

Evaluación del dolor

En pacientes < 18 años con dolor que requieren cuidados paliativos, aplicar las siguientes escalas del dolor:



La aplicación de la escala correspondiente debe realizarse al inicio de la evaluación, para establecer un valor basal, y en las reevaluaciones, para monitorizar la evolución y ajustar el tratamiento según sea necesario.

NIPS: Neonatal Infant Pain Scale; FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability; FLACC-R: Revised FLACC; FPS: Faces Pain Scale; EVA: Escala Visual Analógica

Recomendación Buena práctica Consideración

PULSA AQUÍ para acceder a la guía o escanea el código QR





Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

Terapia no farmacológica

Como parte del tratamiento:



Brinde terapia física con ejercicios

La indicación debe ser **individualizada**, considerando la intensidad y el impacto del dolor somático, la presencia de comorbilidades, la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo y disponibilidad de terapias acordes a sus necesidades.



Brinde terapia psicológica

- El manejo psicológico debe ser **individualizado** según la condición clínica del paciente.
- Puede utilizar **terapia cognitivo-conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación y compromiso**. Puede ser **presencial, a distancia o combinado**.

En pacientes <18 años con dolor que requieren cuidados paliativos



Ofrezca terapias psicológicas y/o apoyo emocional dirigidas a padres o cuidadores

Considere la **terapia cognitivo-conductual u otras estrategias** recomendadas por profesionales competentes de la salud mental **acorde a las características y necesidades específicas** de cada paciente y sus padres o cuidadores.

Recomendación Buena práctica Consideración

PULSA AQUÍ para acceder a la guía o escanea el código QR





Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

Tratamiento farmacológico

En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos:

1ra escalera analgésica

DOLOR LEVE

Inicie con paracetamol o AINES.



<3 meses:
Use exclusivamente paracetamol.



>3 meses:
Use paracetamol o AINES (ibuprofeno, naproxeno).

- Administre a intervalos regulares, de acuerdo con las pautas de dosificación recomendadas según la edad y el peso del niño.
- Prefiera la vía oral.
- Individualice el tratamiento, con el objetivo de minimizar el riesgo de eventos adversos graves.
- Reevalúe el dolor cada 4 a 6 horas.

2da escalera analgésica



DOLOR MODERADO A INTENSO

- Escale el tratamiento a opioides potentes*, siendo la morfina la primera opción.
- Administre morfina sola o con paracetamol, de acuerdo con la valoración clínica y el contexto individual del paciente.
- La combinación con AINES puede considerarse como alternativa adicional.

Evite el uso de opioides menores como tramadol o codeína.

*Opioides potentes: morfina clorhidrato y oxicodona

Recomendación

Buena práctica

Consideración

PULSA AQUÍ
para acceder a la guía
o escanea el código QR





Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

Manejo con opioides

Morfina

Opioide de primera elección para el manejo del dolor agudo y persistente, moderado a intenso.

Vía de administración de elección

Vía oral/enteral

En caso de:

- Respuesta insuficiente
- Desarrollo de tolerancia
- Aparición de efectos adversos intolerables

Puede rotar a otro opioide, según la disponibilidad y evaluación clínica del paciente.

- Si la rotación se realiza por efectos adversos intolerables ► reduzca la dosis en un 25-50%. Si la rotación se realiza por falta de eficacia o respuesta insuficiente ► no reduzca la dosis.

- En caso de rotación, convierta la dosis a su equivalente en morfina VO.
- Si está indicado, realice el cambio de VO a IV o SC.

- Los opioides deben titularse de forma individualizada y progresiva hasta alcanzar la dosis mínima eficaz.
- Realice monitoreo clínico constante de la respuesta y de la aparición de efectos adversos.

VO: vía oral. IV: intravenosa. SC: subcutánea.

En caso de retiro de opioides ► Disminuya la dosis gradualmente para evitar el síndrome de abstinencia.

Duración del tratamiento

Forma

<5 días	Suspensión sin descenso gradual.
≥ 5 días	Reducir la dosis en un 20-30% cada 24 horas.
≥ 14 días	Reducir la dosis en un 10% cada 24 a 48

Una vez alcanzada la dosis inicial de inicio del tratamiento, este puede suspenderse.

Recomendación

Buena práctica

Consideración

PULSA AQUÍ para acceder a la guía o escanea el código QR





Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

Manejo con opioides

Tratamiento de mantenimiento

Brinde el tratamiento de mantenimiento con opioides a intervalos regulares, para asegurar analgesia de base, con periodos interdosis según la vida media del medicamento y edad del niño.

En caso de dolor irruptivo o dolor entre las dosis



Administre dosis de rescate (10–20% de la dosis total diaria del opioide de base)

Administre la dosis de rescate por la misma vía del tratamiento basal.

Vía y horario de administración de dosis de rescate

- **VO** > al menos 30 minutos después de la dosis reglada.
- **IV o SC** > 10 a 15 minutos después de la dosis reglada.

VO: vía oral. IV: intravenosa. SC: subcutánea

Aumento brusco y transitorio de la intensidad del dolor, cuando el dolor basal está aparentemente controlado.

Si el paciente requiere ≥ 3 dosis de rescate, ajuste tratamiento.

- Sume todas las dosis de rescate en 24 horas.
- Aumente la dosis total diaria en 50% a 100% de esa suma.
- Recalcule la nueva dosis de mantenimiento.

Según vía de administración:

VO o bolo IV:

- 1er aumento: +50% de la dosis
- Aumentos posteriores: +25% a 50%, según intensidad del dolor.

Infusión IV continua:

- Aumente 15% de la dosis por hora.

Tenga en cuenta:

Informe a los pacientes y sus familias o cuidadores sobre:

- Beneficios, posibles efectos adversos, dependencia fisiológica, tolerancia, identificación y medidas de manejo de efectos secundarios.
- La administración, almacenamiento y eliminación segura de los restos de estos medicamentos.

La prescripción, seguimiento del tratamiento, ajuste de dosis y la rotación de opioides está a cargo de médicos pediatras, médicos de familia o de otra especialidad con formación y/o experiencia en cuidados paliativos pediátricos.

La prescripción de medicamentos debe cumplir estrictamente el Reglamento de Estupefacientes y Psicotrópicos sujetos a Fiscalización Sanitaria.

Recomendación

Buena práctica

Consideración

PULSA AQUÍ
para acceder a la guía
o escanea el código QR

