



Uso de morfina en pacientes pediátricos

Índice de calidad asistencial

Elaborado por FECUPAL

Equipo de Autores y Redacción: Dra. Sandra Cevallos (Coordinación), Dra. Germania Andrade, Dra. Gabriela Moya, Dra. Mercedes Díaz, Dr. Edwin Murgueytio, Lcda. Lucía Maldonado, Lcda. Adriana Yáñez (Redacción y Diseño)



*«El dolor de los niños es real y son ellos quienes tienen
la máxima autoridad sobre el dolor»*

Kuttner



Algunos mitos sobre los niños...

- Perciben el dolor con menor intensidad debido a la inmadurez biológica de su sistema nervioso central.
- Casi no recuerdan las experiencias dolorosas.
- Tienen un umbral más alto de dolor.
- Son más sensibles a los efectos secundarios de los fármacos.
- Metabolizan de forma diferente los opiáceos y están más predispuestos a la adicción a los mismos.



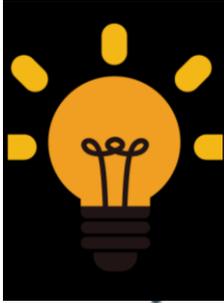
A partir de los años 80, estas teorías han sido desechadas y se acepta que ninguna de ellas es verdadera.

Está demostrado que entre las 24 y 29 semanas de gestación, las vías anatómicas y neurosensoriales necesarias para la percepción dolorosa son funcionales ya que finaliza el desarrollo de las vías nociceptivas del feto y hacia las 30 s se completa la mielinización hacia el tálamo y la corteza cerebral.

Estudios epidemiológicos recientes han demostrado además el impacto que tiene la experiencia dolorosa en la vida del niño.

En el niño, la percepción del dolor es un fenómeno biológico influenciado por aspectos psicológicos y del entorno, que repercuten y modulan la sensación nociceptiva, por lo que una misma situación patológica puede provocar reacciones dolorosas diferentes.

Flores J., (2014)



La medición del dolor consiste en la asignación de una puntuación para indicar la intensidad del dolor y la eficacia del tratamiento, a fin de que se trate eficientemente cualquier dolor intercurrente.



»»» *Una buena valoración es clave para un buen tratamiento*

A la hora de valorar el dolor en el niño se consideran:

1

Los instrumentos de medida del dolor en el niño.

2

Las diferentes escalas y métodos utilizables en pediatría.

3

La psicología del dolor en el niño y cómo repercute en su percepción.

Además de un examen físico completo, hay que tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- *Edad cronológica.*
- *Etapas del desarrollo.*
- *Tipo de dolor (agudo, crónico, neuropático, procedimental).*
- *Causas subyacentes de dolor.*
- *Fallas neurológicas.*
- *Enfermedades crónicas.*
- *Barreras de lenguaje.*
- *Componentes emocionales, psicosociales, culturales y espirituales.*

Las observaciones del comportamiento pueden ser útiles en pacientes verbales y no verbales, sin embargo deben ser interpretadas de manera cuidadosa.

INFANTES

0 – 1 año

- Rigidez del cuerpo.
- Arqueo del cuerpo.
- Expresiones faciales (ojos cerrados, evita el contacto ocular, boca abierta, hace muecas, cejas fruncidas).
- Llanto intenso y fuerte.
- Irritable, inconsolables.
- Mentón tembloroso.
- Rodillas pegadas al pecho.
- Hipersensibilidad.
- Pobre ingesta oral, dificultad para la succión.
- Dificultad para dormir.

NIÑOS PEQUEÑOS

1 – 2 años

NIÑOS PRE-ESCOLARES

3 – 4 años

- Verbalizan la intensidad del dolor.
- Expresiones faciales (ojos cerrados, evita contacto ocular, boca abierta, frunce las cejas).
- Golpean las extremidades.
- Evita los estímulos dolorosos previo a su aplicación.
- Es evasivo.
- Poco cooperativo.
- Necesita restricciones físicas.
- Se adhiere a los padres o enfermeras.
- Requiere soporte emocional: besos, abrazos.
- Dificultad para dormir.

- Llanto intenso.
- Agresividad verbal.
- Comportamiento regresivo.
- Aislamiento.
- Expresiones faciales (ojos cerrados, evita el contacto ocular, boca abierta, hace muecas, cejas fruncidas).
- Vigila determinada área del cuerpo.
- Resistencia física, aleja estímulos dolorosos.
- Irritable.
- Inquieto.
- Disminuye el interés en el juego.
- Dificultad para dormir.

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR 5 años y mayores

ADOLESCENTES Desde los 12 a 18 años

- Localiza y verbaliza el dolor.
- Niega el dolor en presencia de sus pares
- Disminuye el interés por amigos y familia.
- Disminuye el nivel de actividad.
- Cambios en los patrones de sueño y apetito.
- Influenciado por creencias culturales.
- Exhibe extensión muscular.
- Comportamiento regresivo (en presencia de su familia).
- Dificultad para dormir.

- Verbalizan el dolor.
- Miden objetivamente el dolor.
- Influenciado por creencias culturales.
- Experimentan pesadillas relacionadas al dolor.
- Se muestran evasivos.
- Rigidez muscular (puños cerrados, rechina los dientes, ojos cerrados, extremidades contraídas, frente arrugada).
- Expresiones faciales (ojos cerrados, evita contacto ocular, boca abierta, frunce las cejas).
- Dificultad para dormir.

Instrumentos de medición de la intensidad del dolor

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



0

No Duele

No Hurt



2

Duele Un Poco

Hurts Little Bit



4

Duele Un Poco Más

Hurts Little More



6

Duele Mucho

Hurts Even More



8

Duele Mucho Más

Hurts Whole Lot



10

Duele El Máximo

Hurts Worst

Además de la aproximación diagnóstica, es importante evaluar las posibilidades reales de recibir un tratamiento por lo que se debe tener en cuenta :

- El lugar donde se va a tratar el dolor (la situación y el comportamiento del niño cambian).
- Los recursos disponibles: medicación, materiales y posible monitorización.
- La capacidad profesional propia y del equipo para tratar el dolor.



Recuerde además:

Escalera analgésica de la OMS

En los niños, se reduce a dos peldaños:

Peldaño 1 - No opiáceo +/- Adyuvantes

Peldaño 2 – Opiáceo potente + No opiáceo
+/- Adyuvantes

Epidemiología: Dolor en niños

NO EXISTE RECONOCIMIENTO EN LA SOCIEDAD NI EN LA POBLACIÓN MÉDICA SOBRE LA DIMENSIÓN DE SU REPERCUSIÓN EN LA INFANCIA

❖ 15 al 39% de los niños sufren dolor crónico por al menos 2 años, y pueden desarrollar incapacidad.

❖ Peng en su estudio indica que los niños no tienen en la ciudad donde viven, alguien que realice su seguimiento o los refiera a un sitio para su diagnóstico y tratamiento .

❖ Barbero Reynoso: 50% de los niños desarrollan problemas psicomáticos .

❖ Barbero Reynoso: existe un 30% de niños con dolor no psicosomático: por cáncer, post-trauma, dolor neuropático, dolor de herida quirúrgica y dolor crónico post-quirúrgico.

❖ En EEUU: niños con cáncer: cerca del 80% presentan dolor y apenas el 27% alcanzan alivio.

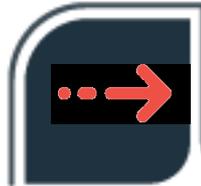
(Directrices de la OMS 2012)



La morfina, es el medicamento de elección en el segundo escalón.



Se utiliza para tratar el dolor de moderado a intenso.



Tanto los opiáceos potentes como los analgésicos no opiáceos, deben estar siempre disponibles en todos los niveles de la atención sanitaria.

Analgesia preventiva

- Debe administrarse ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que provoque dolor.
- Es de especial interés en el niño, ya que **las dosis que se precisan son menores** que las que se emplean cuando el dolor ya está implantado.



No permita que un niño sufra dolor evitable

Y EL DOLOR NO EVITABLE???

Lamentablemente “la necesidad de cuidados paliativos y alivio del dolor han sido ignorados en gran medida, incluso para las poblaciones más vulnerables, incluidos los niños con enfermedades terminales y los que viven crisis humanitarias”

Knaut F., (2017)

Las directrices de la OMS proporcionan recomendaciones basadas en evidencias, que pueden mejorar el tratamiento en niños con dolor persistente relacionado con enfermedades.

Proporcionan orientación respecto a los aspectos clínicos relativos al uso de analgésicos, incluidos los analgésicos opiáceos y los fármacos adyuvantes para el tratamiento del dolor.

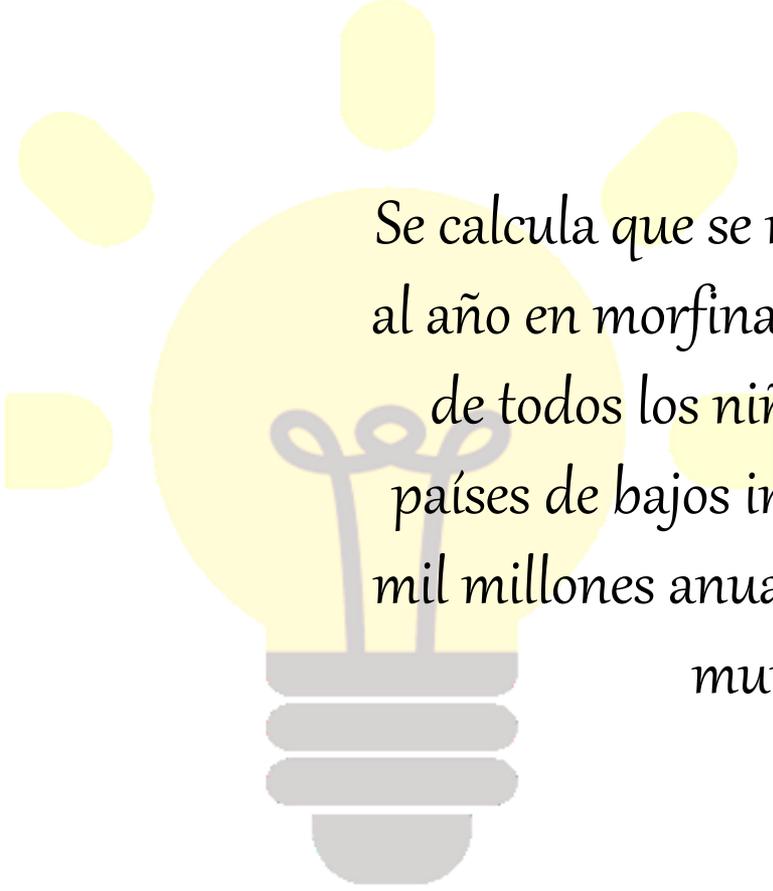
Sufrimiento asociado a salud SHS

Este ocurre cuando es consecuencia de una enfermedad o lesión de cualquier tipo. Se lo considera grave si no puede aliviarse sin intervención médica y cuando compromete el funcionamiento físico, social o emocional del enfermo y de su familia.

Una realidad que se demuestra

“.....la muerte de niños representa más del 30% de todas las muertes asociadas con SHS; sin embargo, estimamos que en los países de bajos ingresos, al menos el 93% de las muertes infantiles asociadas con SHS son evitables.”

Knauth F., (2017)



Se calcula que se necesita invertir un millón de dólares al año en morfina, para cubrir el tratamiento del dolor de todos los niños menores de 15 años con SHS, en países de bajos ingresos; sin embargo, se gastan \$ 100 mil millones anuales para hacer cumplir la prohibición mundial del uso de drogas.

Knaul F., (2017)

¿Por qué sucede?



La enorme brecha entre la necesidad y la disponibilidad de analgésicos opioides está creciendo y cada vez se inclina más hacia las personas que viven en la pobreza.

El costo de la morfina no es igual en todo el mundo, paradójicamente, es mucho menor en países de altos ingresos, es así que el déficit global de opioides que se calcula en 48,5 toneladas métricas, podría cubrirse con 145 millones de dólares al año si todos los países tuvieran acceso a precios bajos; esto representa el 25% del costo actual proyectado en latino américa. para el 2015.

Considerando los costos actuales se necesitan \$69 millones por año, para satisfacer la necesidad de morfina, en comparación con \$ 13 millones por año a los precios minoristas más bajos.

“ Las políticas de lucha contra la pobreza y desarrollo social, las redes de seguridad financiadas con fondos públicos, los programas y los ministerios deben prestar especial atención para garantizar que las familias no sacrifiquen sus necesidades básicas en intentos desesperados por cuidar a sus seres queridos ”

Knaut F., (2017)

Los Estados deben evitar la injerencia de las empresas con fines de lucro en los procesos de licitación de medicamentos; y, garantizar la disponibilidad y el acceso a la morfina de liberación inmediata en presentación oral e inyectable para cualquier paciente con dolor de moderado a severo.

“

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

”

Bernabá M., (2013)

Referencias

- Bernabá M. (2013) Comentarios sobre: Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. Arch Pediatr Urug Pág. 143-145.
- Flores J. (2014) Medicina del dolor. Perspectiva internacional. Editorial Elsevier. 2-20
- Goldman A., et al. (2014) Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford University Press. 192-203
- Knaul F. (2017.)Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief an imperative of universal health coverage: the *Lancet* Commission Report.
- O'Neill M., et al. (2014) Guidelines for effective management of symptoms. Hospiscript. Pág. 193-204
- Red Internacional de Cuidados Paliativos Pediátricos (ICPCN) <http://www.icpcn.org.uk/>
- Valoración y tratamiento del dolor en cuidados paliativos pediátricos. www.elearnicpcn.org