



Cuidados Paliativos:
“En el domicilio se puede”

#2RedPAL



II ENCUENTRO DE LA RED DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE ANDALUCÍA

Escuela Andaluza de Salud Pública
Granada, 06/11/2019



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

El abordaje integral del dolor en el domicilio en niñ@s y adolescentes

Dra. Aurora Madrid Rodríguez. Pediatra

Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos y Hospitalización a
Domicilio. Hospital Materno Infantil. HRU de Málaga

Granada, 6 de noviembre de 2019

2019



Vamos a hablar de....



Introducción. Dolor en el niñ@ y adolescente en CPP

Valoración del dolor en el niñ@ y adolescente

Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Fármacos analgésicos en Pediatría. Peculiaridades y limitaciones

Casos clínicos

El reto de tratar el dolor en el domicilio

Introducción



Los problemas de dolor en niños y adolescentes han aumentado y se han identificado como un importante problema de salud pública

Málaga ▾ Andalucía España Mundo Economía Málaga CF Unicaja CB Deportes

SUR

Jueves 17 de octubre de 2019 ☀ 15°28° Hemeroteca 📧 Newsletters

Un 37 por ciento de los niños en España padecen dolor crónico



Al menos 30 millones y posiblemente hasta 80 millones/año padecen dolor moderado-grave y no reciben fármacos para aliviarlo

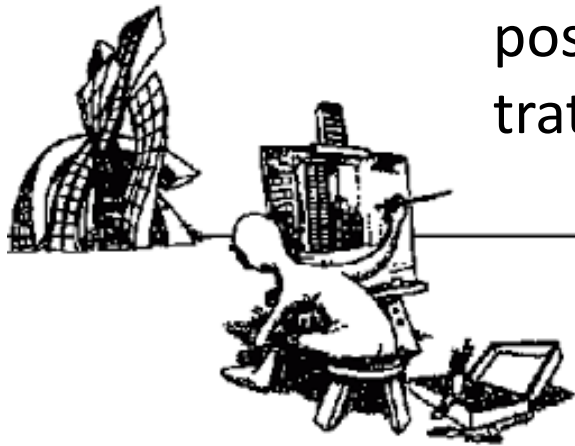
Centro de noticias de la ONU. 19 de agosto de 2009. Disponible en: http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=16_167&criteria1=drogas&criteria2=

Introducción



‘Dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial’

«La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento analgésico adecuado. El dolor es siempre subjetivo»



Subjetivo

(Del lat. *subiectīvus*).

adj. Perteneciente o relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo.

Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 2008, 137:473–477.

Merskey H, Bogduk N, eds. *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, 2nd ed. Seattle, WA, International Association for the Study of Pain (IASP) Press, 1994.



M^a José Peláez Cantero

Introducción

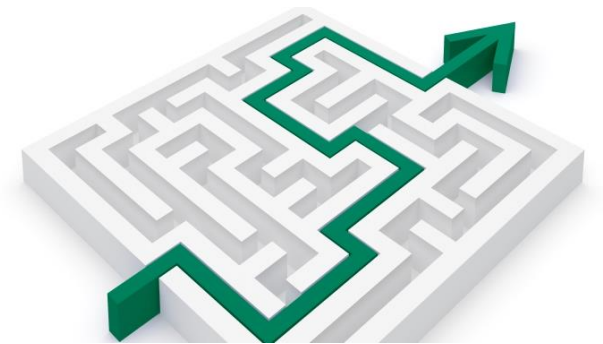
- Dolor en pediatría
- Administración de analgésicos
- Escasez de la literatura específica
- Barreras (incorrecta evaluación, escasa formación, miedo...)
- Conceptos erróneos sobre dolor y analgesia
- Tendencia cultural

Poca atención

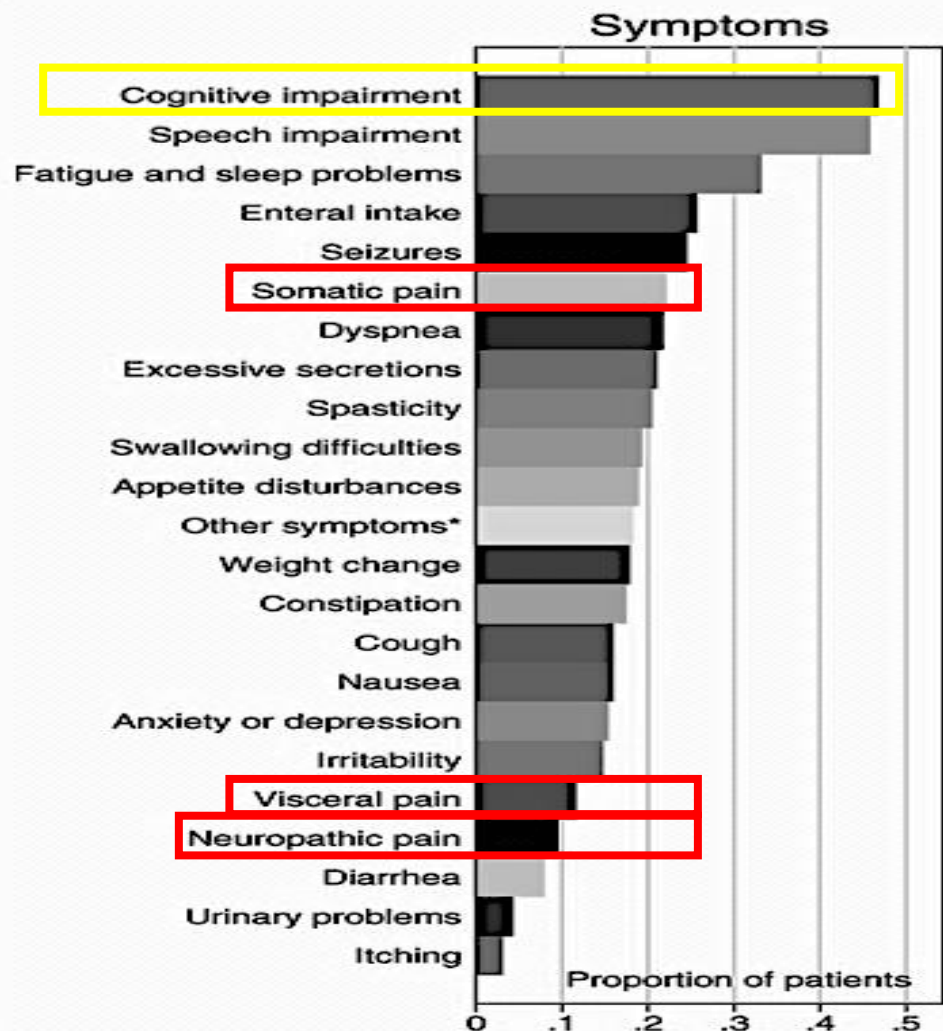
“Opiofobia”

INFRAVALORADO e INFRATRATADO

M^a José Peláez Cantero



Introducción. Prevalencia



46,8%

Pediatric Palliative Care Patients: A Prospective Multicenter Cohort Study

47%

Objetivo: describir las características de los pacientes que recibían CPP

Cohorte observacional: 12 meses en las Unidades de CPP de 6 hospitales (EEUU y Canadá). 515 pacientes

Edad: 0-18 años

M^a José Peláez Cantero

Original Article**The Symptoms of Dying Children***Table 4***Symptom Prevalence of Dying Children By Location During the Last Week Of Life (n = 30)**

Symptom	Prevalence (%)		
	Overall (n = 30)	PICU (n = 20)	Ward (n = 10)
Lack of energy	70.0	55	100
Feeling drowsy	60.0	45	90
Skin changes	56.7	50	70
Feeling irritable	53.3	55	50
Pain	53.3	40	80
Swelling of arms/legs	50.0	45	60
Cough	46.7	45	50
Dyspnea	46.7	35	70
Dry mouth	40.0	35	50
Lack of concentration	40.0	30	60
Problems with urination	40.0	45	30
Vomiting	40.0	25	70
Diarrhea	36.7	45	20
Feeling nervous	36.7	30	50
Lack of appetite	33.3	10	80
Difficulty swallowing	30.0	20	50

Objetivo: examinar la prevalencia de los síntomas de los niños que mueren en CPP

En la última semana de vida 50% de los niños presentan **dolor**

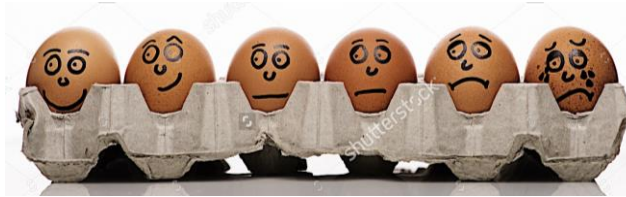


Clasificación del dolor

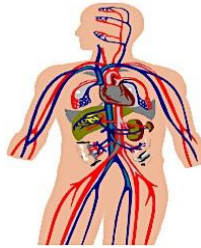
1. Según su duración



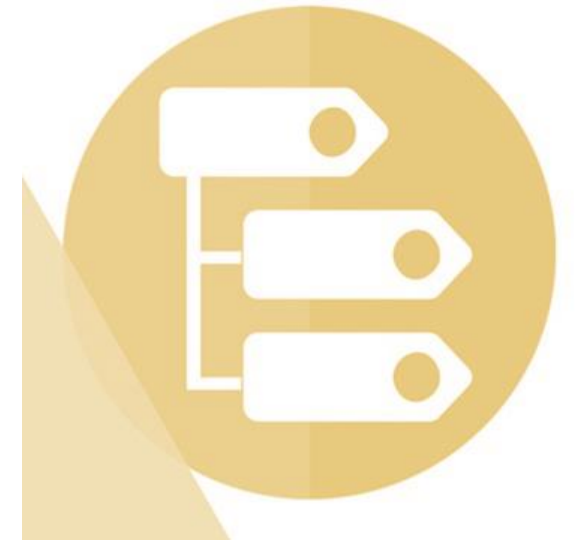
2. Según su intensidad



3. Según su fisiopatología



4. Según su localización



Valoración del dolor

La intensidad es el parámetro que más se utiliza para **evaluar** el dolor, tanto para el propio **diagnóstico** como con **fin**es **predictivos** o para **medir** el resultado obtenido con el tratamiento

- ▣ Capacidad de comprensión y expresión
- ▣ Historia clínica
- ▣ Exploración física

ESCALAS DE VALORACIÓN

M^a José Peláez Cantero



Escalas de dolor

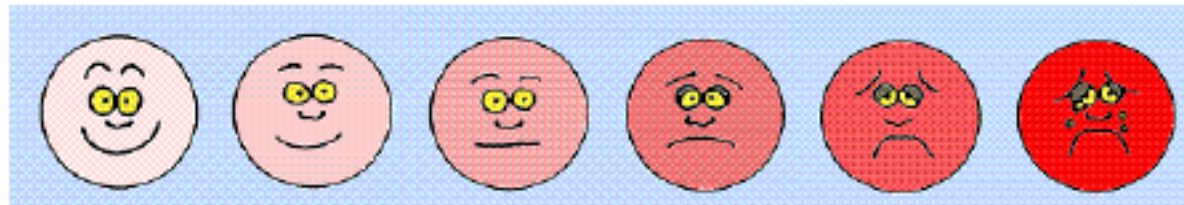
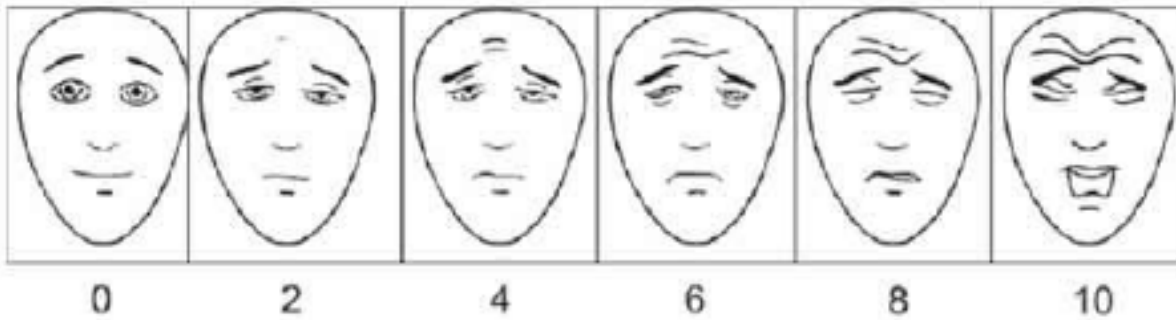
Lactantes y niños hasta 4 años con afectación cognitiva. Escala FLACC

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiéndolas piernas	Rígido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

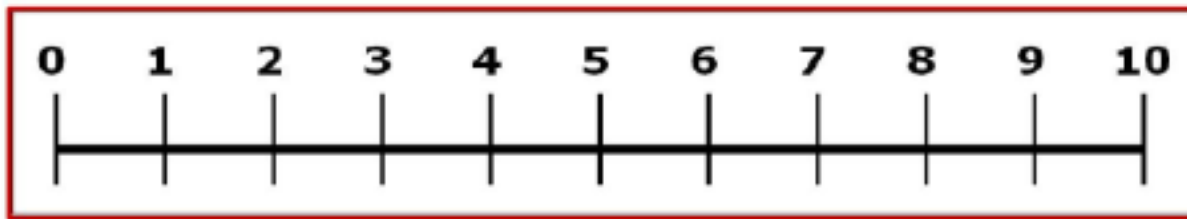
0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso;
9-10 : máximo dolor imaginable



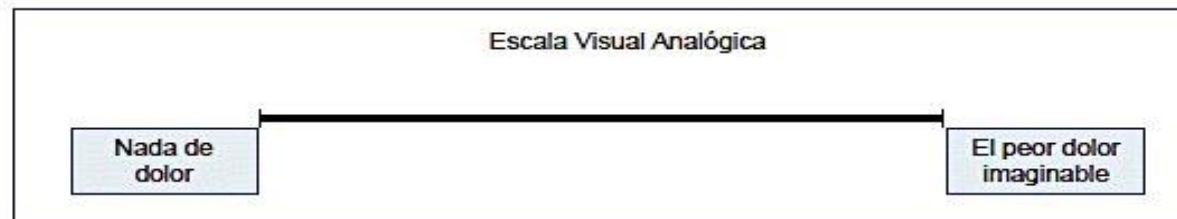
Escalas de dolor



Niños > 4 años sin afectación cognitiva



Niños > 7 años sin afectación cognitiva



Escalas de dolor

Pacientes con afectación neurológica e incapacidad para comunicación

Non-communicating Children's Pain Checklist -Revised(NCCPC-R)

- I. Vocal
- II. Social
- III. Facial
- IV. Activity
- V. Body and Limbs
- VI. Physiological
- VII. Eating/Sleeping

> 7: presencia de dolor

Non-communicating Children's Pain Checklist – Revised (NCCPC-R)

NAME: _____ UNIT/FILE #: _____ DATE: _____ (dd/mm.yy)
OBSERVER: _____ START TIME: _____ AM/PM STOP TIME: _____ AM/PM

How often has this child shown these behaviours in the last 2 hours? Please circle a number for each item. If an item does not apply to this child (for example, this child does not eat solid food or cannot reach with his/her hands), then indicate "not applicable" for that item.

0 = NOT AT ALL 1 = JUST A LITTLE 2 = FAIRLY OFTEN 3 = VERY OFTEN NA = NOT APPLICABLE

I. Vocal

1. Moaning, whining, whimpering (fairly soft).....	0	1	2	3	NA
2. Crying (moderately loud).....	0	1	2	3	NA
3. Screaming/yelling (very loud).....	0	1	2	3	NA
4. A specific sound or word for pain (e.g., a word, cry or type of laugh).....	0	1	2	3	NA

II. Social

5. Not cooperating, cranky, irritable, unhappy.....	0	1	2	3	NA
6. Less interaction with others, withdrawn.....	0	1	2	3	NA
7. Seeking comfort or physical closeness	0	1	2	3	NA
8. Being difficult to distract, not able to satisfy or pacify.....	0	1	2	3	NA



Escalas de dolor



Revised FLACC pain score

Categorías		Score	
	0	1	2
F Face	Sin expresión particular o sonríe	Mueca o gesto ocasional, retraído, desinteresado; parece triste o preocupado	Ceño fruncido constante, mandíbula apretada, barbilla temblorosa; cara angustiada : expresión de miedo o pánico
L Legs	Posición normal o relajada	Inquieto, agitado, tenso; temblores ocasionales	Patadas, o marcado aumento de la espasticidad, temblores constantes o sacudidas
A Activity	Acostado en silencio, posición normal, se mueve con facilidad	Se retuerce hacia atrás y adelante, tenso; agitado ligeramente, respiraciones superficiales y suspiros intermitentes	Arqueado, rígido, da sacudidas; agitación severa, se golpearse la cabeza; temblor , aguanta la respiración, jadeo severo
C cry	No llora (despierto o dormido)	Gime o lloriquea, ocasionalmente	Llanto constante, gritos o sollozos, quejidos frecuentes; gruñidos constantes
C Consolability	Contenido, relajado	Se tranquiliza por el contacto ocasional, abrazos, o al hablarle.	Difícil de consolar si se aparta del cuidador, resistiendo las medidas de atención o de confort

- Revisión de la escala FLACC
- Incluye comportamientos específicos para niños con déficit neurológicos

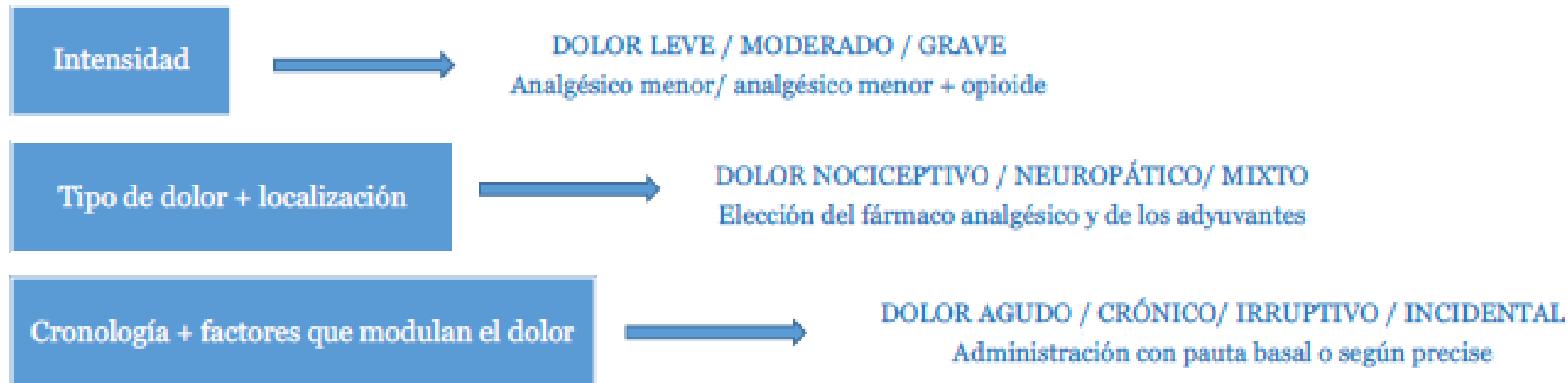
Leve: 1-3

Moderado: 4-6

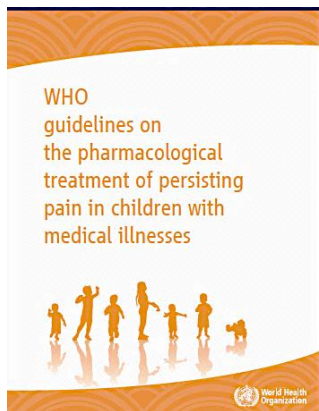
Grave: 7-10

Tratamiento del dolor

- Tratamiento según:
 - Intensidad del dolor
 - Tipo de dolor (nociceptivo/neuropático/mixto)
 - Cronología de dolor



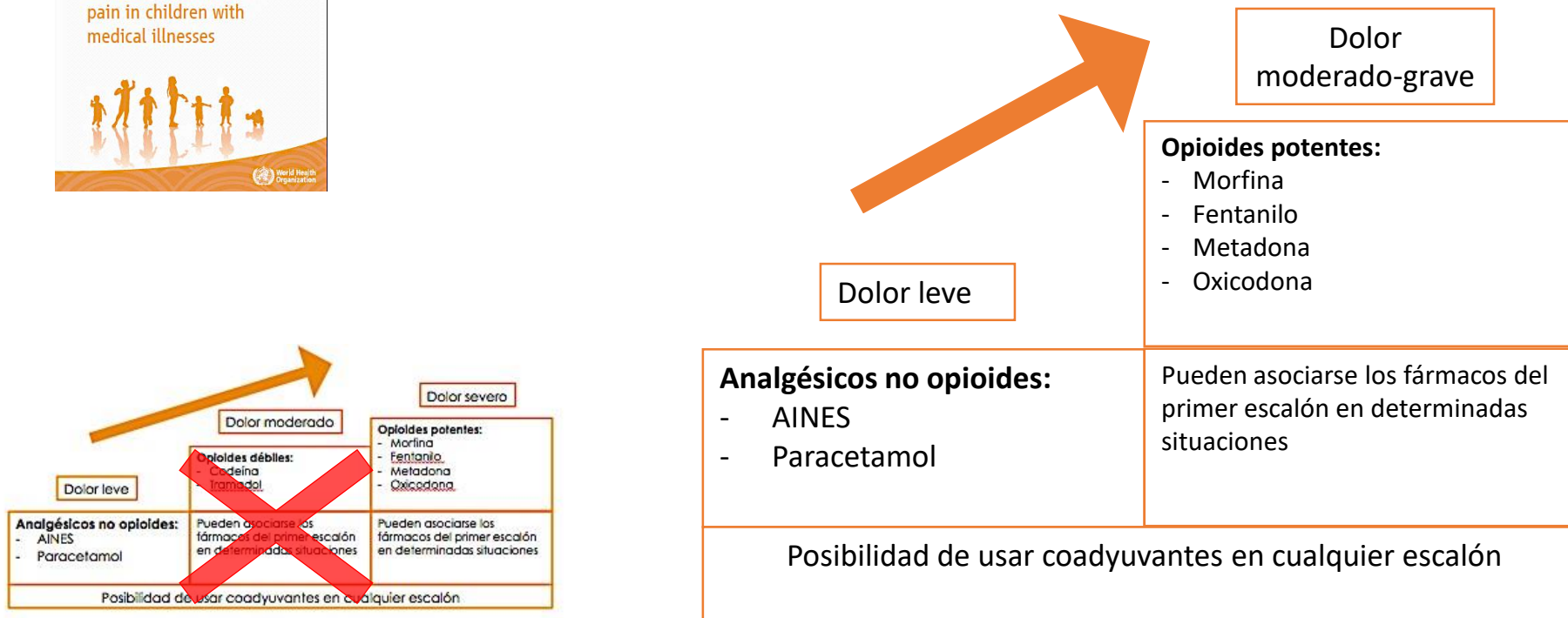
Tratamiento del dolor



Recommendation

1. It is recommended to use the analgesic treatment in two steps according to the child's level of pain severity.

Strong recommendation, very low quality of evidence



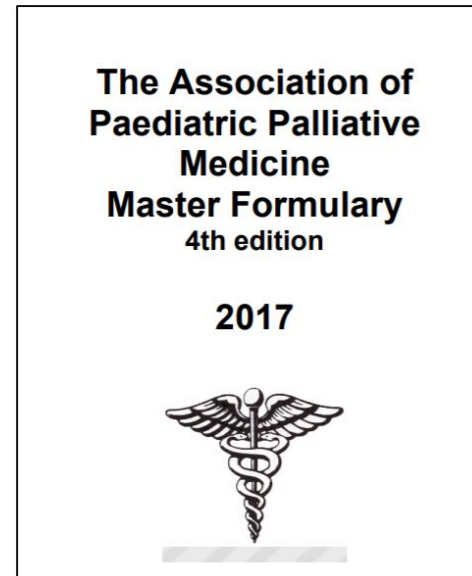
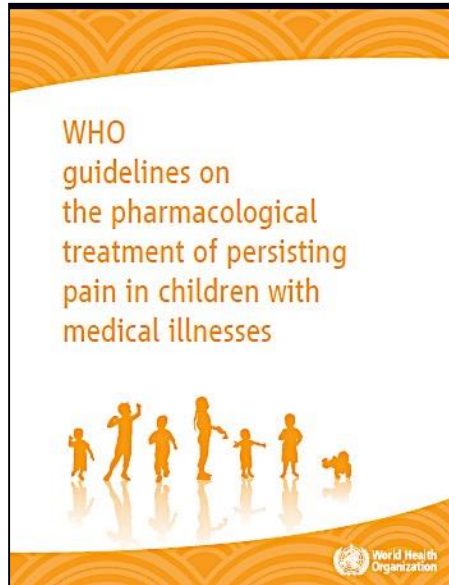
Escalera analgésica OMS:
ESTRATEGIA BIFÁSICA

Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. 1a Ed Ginebra. 2012.

Tratamiento del dolor



<https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/appm-master-formulary-2017-4th-edition/>



<http://pediamecum.es>



<https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>

- **Analgésicos no opioides**
- **Analgésicos opioides**
- **Adyuvantes** “ayudar a conseguir un objetivo”

Dolor leve: analgésico NO opioide

ANALGÉSICOS NO OPIODES

➤ Paracetamol

- El más usado en Pediatría
- Carece de efecto antiinflamatorio
- Indicación: dolor leve y fiebre
- Presentación: oral, rectal e iv

Dolor leve < 3 meses: Paracetamol
Metamizol

➤ AINES

▪ Metamizol

▪ Ibuprofeno

Tratamiento del dolor leve, en especial dolor músculo-esquelético.
Propiedades analgésicas superiores al paracetamol en el dolor agudo

- Acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética
- Solo oral
- CONTRAINDICADO: Neonatos y lactantes menores de 3 meses y/o pacientes con peso inferior a 5 kg



Dolor moderado-grave: OPIOIDES



MORFINA



Opioide de elección para el tratamiento del dolor moderado y grave en Pediatría

FENTANILO

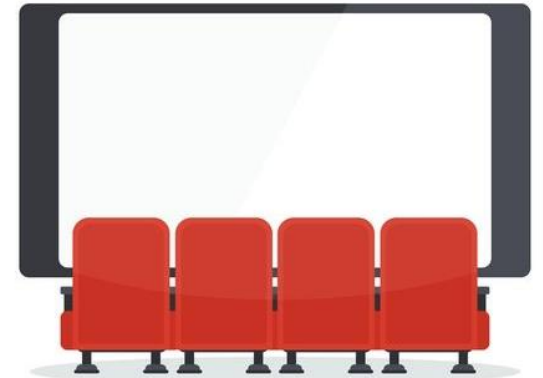
“The potent one”
Efecto analgésico 80 veces superior a la morfina

Opioide de elección cuando se necesita cambiar de opioide

Ventajas:

- Dificultades para la deglución
- Problemas de cumplimiento
- Preferencias de los pacientes

Opioides de
primera línea



Dolor moderado-grave: OPIOIDES

HIDROMORFONA

Efecto analgésico 5 veces superior a la morfina

Cuando no se logra analgesia adecuada con opioides de primera línea
Toxicidad intolerable

OXICODONA

Efecto analgésico 2 veces superior a la morfina

Opioide de segunda línea para el tratamiento del dolor moderado a grave cuando la administración continua de un analgésico es necesario por un extenso periodo de tiempo
Dolor neuropático de origen tumoral

METADONA

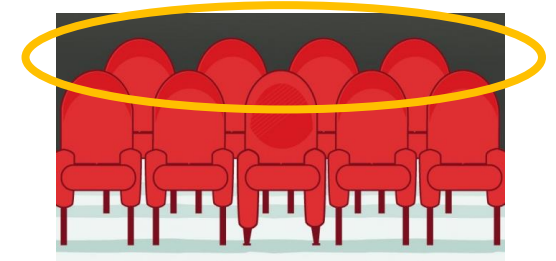
Efecto analgésico 2.5-20 veces superior a la morfina
"The expert"

Dosis equivalente morfina: metadona desde 2.5:1 hasta 14:1

Opioide de elección en el tratamiento del dolor neuropático que responde mal a opioides



Opioides de segunda línea



Tto del dolor neuropático

Adyuvante en el dolor neuropático

GABAPENTINA

Iniciar a dosis pequeña
Aumento gradual

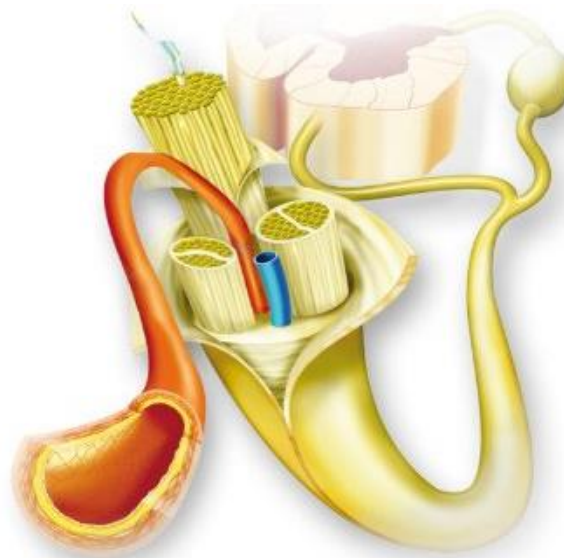
Tratamiento de
primera línea para
dolor neuropático
en discapacidad

PREGABALINA

> 12 años

AMITRIPTILINA

Iniciar a dosis pequeña
Aumento gradual



Fármacos adyuvantes

“ayudar a conseguir un objetivo”

DEXAMETASONA

Cefalea asociada a hipertensión intracraneal, atrapamientos nerviosos e infiltración nerviosa tumoral, dolor por compresión medular, dolor óseo

RIGIDEZ Y ESPASTICIDAD

BACLOFENO

TIZANIDINA

- Atraviesa la BHE
- Menor debilidad muscular
- Mejor tolerado

KETAMINA

Dolor neuropático refractario (como adyuvante a opioides fuertes), dolor del miembro fantasma, dolor óseo, dolor oncológico que no responde a opioides

CLONIDINA

Adyuvante en el dolor neuropático y dolor oncológico grave intratable (Off-label)



Tratamiento del dolor

Técnicas no farmacológicas

De apoyo:

- Asistencia familiar
- Empatía
- Información
- Participación

Cognitivos:

- **Distracción**
- **Música**
- Hipnosis

Conductuales:

- Respiración profunda
- Relajación

Físicos:

- TENS

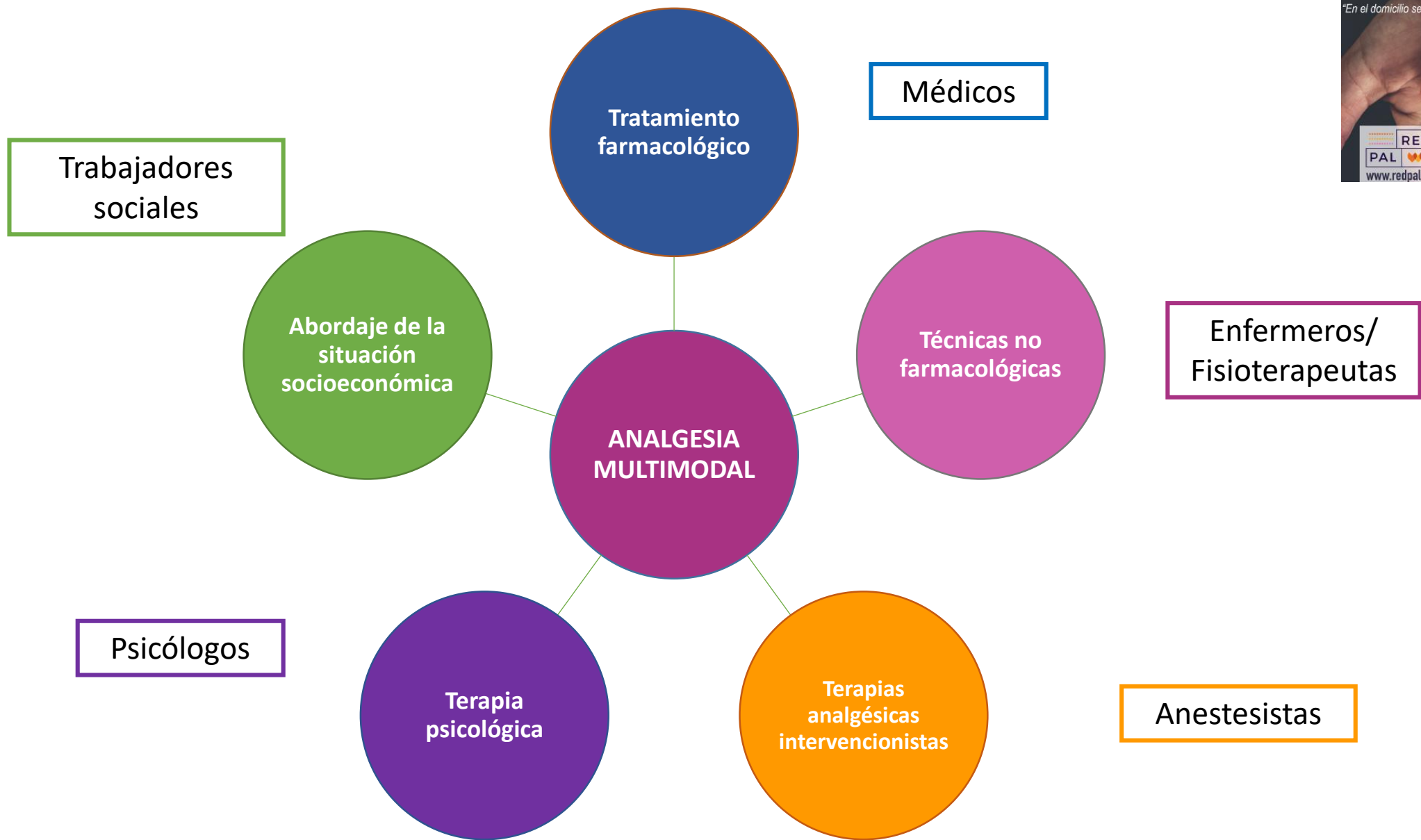
Terapias analgésicas intervencionistas

Anestesia locoregional:

- Bloqueo de nervios periféricos
- Bloqueo de ganglios simpáticos
- Bloqueos centrales:
 - Analgesia epidural
 - Analgesia intratecal



II ENCUENTRO DE LA RED DE CUIDADOS
PALIATIVOS DE ANDALUCÍA
Escuela Andaluza de Salud Pública

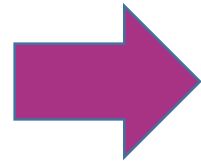


Particularidades y limitaciones

- Faltan formas galénicas adecuadas
- Ausencia de Datos Pediátricos en Fichas Técnicas

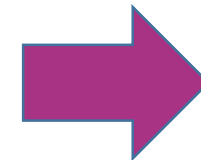
- Aprobados para distinta:

- Edad
- Indicación
- Dosis
- Duración
- Vía de administración

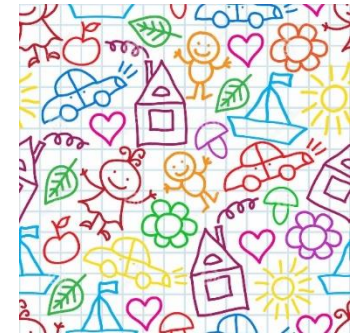


‘Off label’

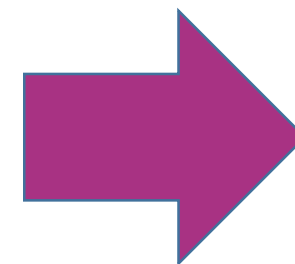
- Modificación de la fórmula farmacéutica aprobada o el uso de fórmulas magistrales



‘*Unlicensed*’
(sin licencia)



Sistema Fisiológico	Tendencia relacionada con la edad	Implicaciones Clínicas
Compartimientos corporales	Neonatos: disminución en grasa y musculo, aumento en agua y volumen de distribución de fármacos solubles en agua.	Aumento en la duración de acción de algunos medicamentos solubles en agua, aumento en el intervalo de la dosificación
Unión a proteínas plasmáticas	Neonatos: disminución en las concentraciones de albumina y alfa- glicoproteína acida	Aumento en la no unión de medicamentos que deben estar altamente unidos a proteínas; aumento en el potencial de sobredosificación o toxicidad
Sistemas de enzimas hepáticas para metabolismo de los medicamentos	Neonatos y lactantes: sub tipos de citocromo P-450 y de glucuronil transferasas hepáticas inmaduras. Niños de 2 a 6 años: aumento en la masa hepática en relación con el peso corporal	Neonatos y lactantes: depuración metabólica disminuida; disminución en las tasas de infusión o aumento en los intervalos de dosificación. Niños de 2 a 6 años: depuración metabólica aumentada; aumento en las tasas de infusión o aumento en los intervalos de dosificación
Filtración y Excreción renal de medicamentos y sus metabolitos	Neonatos y lactantes: disminución en las tasas de filtración glomerular	Acumulación de medicamentos o metabolitos activos excretados por vía renal; disminución en las fases de infusión o aumento en los intervalos de dosificación
Tasa metabólica, consumo de oxígeno y función respiratoria	Neonatos y Lactantes: aumento en el consumo de oxígeno, disminución de fibras diafragmáticas resistentes a la fatiga, disminución en el calibre de la vía aérea, aumento en el trabajo respiratorio, disminución en el control muscular de la faringe y lengua, menos rigidez de la laringe y tráquea sub glótica. Disminución en las respuestas ventilatorias al oxígeno y CO2	Pausas respiratorias o apnea que lleva más rápidamente a hipoxemia; aumento en la tasa de entrada y salida de anestésicos inhalados; aumento en el riesgo de atelectasias o fallo respiratorio; aumento en el riesgo de hipo ventilación



Particularidades y limitaciones

Implicaciones clínicas en relación a la Farmacocinética y Farmacodinámica en neonatos y lactantes

- Aumento de la duración → aumento del intervalo de dosificación
- Mayor probabilidad de sobredosificación o toxicidad
- Pausas respiratorias o apnea que lleva más rápidamente a hipoxemia
- Aumento del riesgo de fallo respiratorio y de hipoventilación



El reto de tratar el dolor en el domicilio



El dolor afecta a la calidad del niñ@ y su familia



Abordaje multimodal y multidisciplinar



Importancia dolor neuropático y fármacos adyuvantes



Plan de actuación personalizado



El papel de los padres como cuidadores



Coordinación. Atención continuada en el domicilio



**“Todo lo que nos conmueve y nos transforma,
se queda con nosotros” *Robert a. Neimeyer***