Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos Pediátricos

Estrategias de **evaluación y abordaje multimodal** para transformar la calidad de vida.

DRA JANNETH SILVANA MONZON GONZALES
MÉDICO DE FAMILIA

PADOMI Niños
Atención Domiciliaria

Gemini Notebook

ESTRUCTURA DE LA EXPOSICIÓN

Agenda Temática

1. Logro de la Sesión
2. Marco internacional: conceptos según OMS
3. Estadísticas y acceso
4. Beneficiarios de los CPP: Criterios de inclusión
5. Clasificación de dolor
6. Escala de valoración de dolor.
7. Manejo terapéutico
8. Conclusiones

OBJETIVO

- **Identificar**: las diferentes herramientas y escalas de valoración del dolor en la población pediátrica
- **Diseñar**: estrategias farmacológicas y no farmacológicas eficaces para el manejo integral del dolor en CPP

Marco Conceptual e interrogantes



"Doctor Giving Empathy And Support To A Child Patient By Holding His Hands

¿Qué sabemos del concepto de dolor?

¿Que sabemos de los cuidados paliativos pediátrico ?



¿Qué es el dolor?

Una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, y cuya presencia es relevada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta. (Asociación internacional para el estudio del dolor)

GUÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA [Internet]. [cited 2024 Mar 20]. Available from: https://scptfe.com/wp-content/uploads/2023/06/Guia-para-el-manejo-del-dolor-en-pediatria.pdf

Criterios oms/ops

¿ Cómo se definen los Cuidados Paliativos Pediátricos ?

todas las atenciones para prevenir, identificar y tratar el sufrimiento de los niños y adolescentes con enfermedades agudas o crónicas que amenazan o limitan su vida.

¿Cuándo comienza?
Al diagnosticar la enfermedad amenazante para la vida

Evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño, niña o adolescente.

Eficaz- enfoque multidisciplinario que incluye a la familia

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía de cuidados paliativos para padres y cuidadores de niños con cáncer. Washington, D.C.: OPS; 2020

Cuidados Paliativos, Accesibilidad y OMS

Acceso mundial limitado

14 %

14% de personas que necesitan cuidados paliativos la reciben

Demada Actual Global

40 M

De 40 millones de personas que necesitan cuidados paliativos, 78 % viven: países de ingresos bajos y medianos

Principales Barreras de Acceso

- **Restricción de opioides**: reglamentación excesiva de morfina que priva su acceso
- **Vulnerabilidad infantil:** niños que requieren este cuidado viven en países de bajos ingresos

¿Cuándo son Necesarios los Cuidados Paliativos Pediátrico ?

Evolución irreversible

- ✓ Curso **irreversible** con progresión hacia la muerte
- ✓ Afectación de distintos órganos y sistemas
- ✓ Ausencia de expectativas de curación

Dependencia y soporte

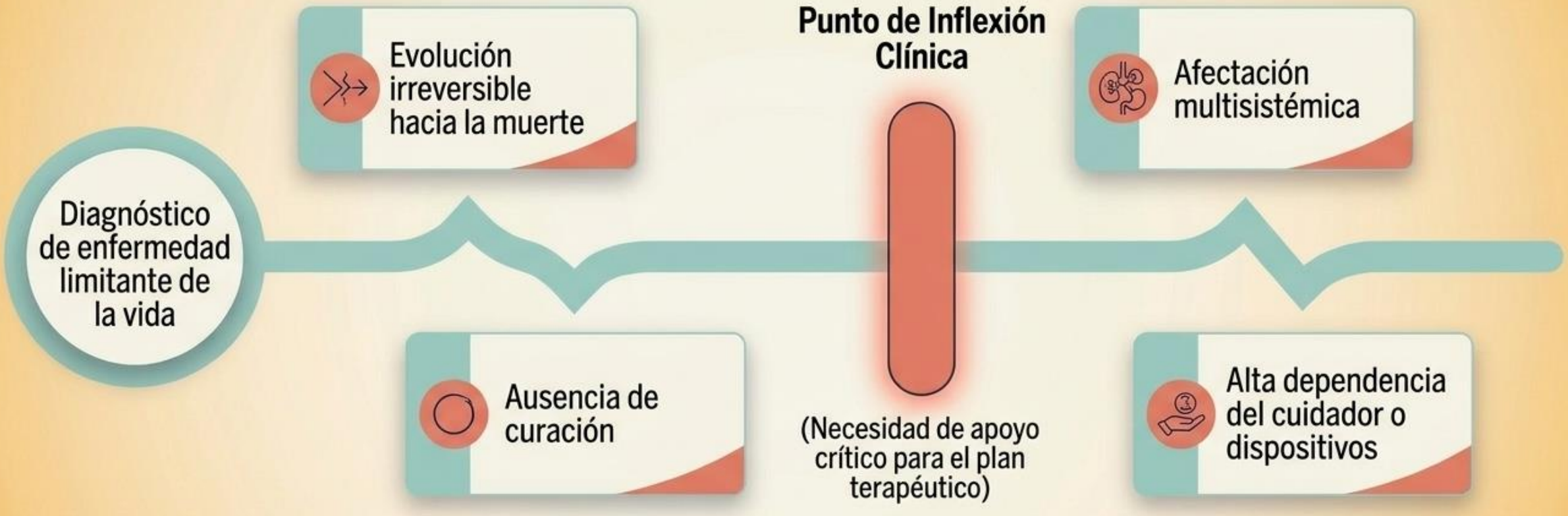
- ✓ Alta dependencia de cuidador para actividades básicas
- ✓ Uso de dispositivos especiales (traqueostomía, gastrostomía

Decisiones y Oportunidad

- ✓ Paciente ha cruzado el punto de inflexión clínica
- ✓ Necesidad de apoyo para elaborar el plan terapéutico
- ✓ Criterio y consideración de pediatra tratante
- ✓ Se espera que fallezca antes de llegar a adulto

WILSON ASTUDILLO A., CARMEN MENDINUETA A., ANTONIO SALINAS M., FERNANDO CARMONA E. Y M. JOSÉ CARRANZA N. BASES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS; Paliativos sin Fronteras, 2025; ediciones continente; Juan XXIII- 6- 3-Dcha. San Sebastián, 2016- España

El Espectro del Cuidado: ¿Cuándo Comenzar?



El objetivo principal a lo largo de este espectro es evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social.

Gemini Notebook

PADOMI Niños
Atención Domiciliaria Pediátrica

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Cuidados Paliativos Pediátricos

CUADRO Nº 1. CONDICIONES QUE AMERITAN LA INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS EN NIÑOS

GRUPO 1 Condiciones que amenazan la vida	Enfermedades con un tratamiento curativo posible que puede fallar. No ingresarían los niños con remisiones prolongadas o cuando el tratamiento curativo ha sido eficaz.	Niños con cáncer avanzado o de pobre pronóstico, enfermedades congénitas cardiacas complejas, fallo orgánico cardíaco, renal, hepático.
GRUPO 2 Condiciones que limitan la vida	Condiciones en las cuales la muerte es prematura e inevitable, pero a causa del tratamiento intensivo se puede prolongar la vida con una participación normal durante largos períodos. Los tratamientos son invasivos y altamente tecnificados para prolongar la vida o para proveer una aceptable calidad de la misma	SIDA, fibrosis quística, desórdenes gastrointestinales severos, epidermólisis bullosa, inmunodeficiencias severas, insuficiencia renal en las que ni la diálisis o el trasplante tienen indicación o se pueden efectuar, insuficiencia respiratoria severa o crónica (EPOC).
GRUPO 3 Condiciones que limitan la vida	Condiciones progresivas sin opción curativa, en las que el tratamiento es exclusivamente paliativo, se aplica desde el inicio y se prolonga durante muchos años	Mucopolisacaridosis, enfermedades neuromusculares, enfermedades metabólicas, anomalías cromosómicas como la trisomía 13 o 18, formas severas de osteogenésis imperfecta.
GRUPO 4 Condiciones que limitan la vida	Condiciones irreversibles pero no progresivas que causan vulnerabilidad extrema. En un primer momento no impresiona que esta enfermedad será causa de muerte pero abruptamente debe ponerse en marcha el enfoque paliativo.	Prematuridad extrema, secuela neurológicas de enfermedades infecciosas, injuria hipóxico-isquémica, malformaciones del Sistema Nervioso Central.

CONDICIONES QUE LIMITAN LA VIDA

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into pediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. 2018.

EN FUNCIÓN A SU DURACIÓN

- Agudo: menos de 30 días, corta duración
- Crónico:> 3 meses
- Episódico recurrente: largo período con periodos no dolorosos
- Intercurrente: aumento temporal de la intensidad
- Incidental o debido al movimiento: causa identificable e inducido por mov simples
- Dolor de fin de dosis: al final del intervalo la concentración del medicamento cae

EN FUNCIÓN A SU FISIOPATOLOGÍA

- Dolor nociceptivo: ***somático y visceral***
- Dolor neuropático
- Dolor mixto
- Dolor idiopático

B. Huidobro Labarga, M. Herrera López, P. Santos Herráiz; Manejo de dolor en cuidados paliativos pediátricos; Form Act Pediatr Aten Prim.;2017;10(4):163-71

INDICADORES CONDUCTUALES DEL DOLOR

DOLOR AGUDO



Expresión Facial



Movimientos y posturas del cuerpo



Imposibilidad del consuelo



Llanto y Gemidos

DOLOR CRÓNICO



Posturas anómalas, Miedo a moverse



Ausencia de expresión facial y falta de interés por el entorno, Quietud excesiva



Aumento de irritabilidad y bajo estado de animo, alteraciones del sueño



Enfado, cambio del apetito o bajo rendimiento escolar

B. Huidobro Labarga, M. Herrera López, P. Santos Herráiz; Manejo del dolor en cuidados paliativos pediátricos [Internet]. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria; Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10(4):163-71; disponible en : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fapap.es/files/639-1577-RUTA/03_Manejo_dolor_CCP.PDF

No podemos tratar lo que no podemos medir.

La evaluación del dolor en pediatría exige traducir un lenguaje a menudo silencioso. Debemos adaptar nuestras herramientas de medición al neurodesarrollo y la edad cronológica del paciente.

Gemini Notebook

ESCALAS DE MEDICION DE DOLOR



Matriz de Evaluación: El Lenguaje del Dolor



1
Menores de 3 años
Enfoque: Fisiológico y Conductual

- Escala Neonatal NIPS (0-1 mes)
- Escala FLACC (1 mes - 3 años)

(Variables: Presión arterial, llanto, actividad motora)

2
Entre 3 y 7 años
Enfoque: Subjetivo y Autovalorativo temprano

- Escala de caras de Wong-Baker



- Escala colorimétrica



3
Mayores de 7 años
Enfoque: Subjetivo adulto

- Escala Analógica Visual (EVA)



- Escala numérica de Walco y Howite (0 al 10)

0 2 4 6 8 10

Scptfe.com. [citado el 23 de agosto de 2025]. Disponible en: https://scptfe.com/wp-content/uploads/2023/06/Guia-para-el-manejo-del-dolor-en-pediatria.pdf

PADOMI Niños
Gemini Notebook

Decodificando el Comportamiento (Escala FLACC)

		0	1	2
F	Cara	Expresión neutra, sonrisa, relajada.	Frunciendo el ceño, retirada, angustiada.	Muecas continuas o angustia.
L	Piernas	Posición normal, relajadas.	Inquietas, tensas, en movimiento.	Patadas, tensión, espasticidad.
A	Actividad	Reposo tranquilo, se mueve fácilmente.	Retorciéndose, moviéndose hacia adelante y atrás, tensa.	Arqueado, rígido o con sacudidas.
C	Llanto	Sin llanto (estando despierto o dormido).	Quejido o gime; quejas intermitentes.	Llanto constante, gritos, sollozos o lamentos.
C	Consuelo	Fácil de consolar, se calma al hablarle.	Se calma al tocarlo o abrazarlo, se distrae.	Difícil de consolar o calmar.

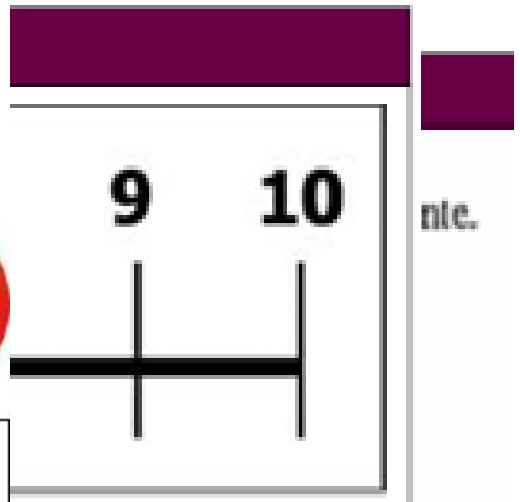
Aplicable primariamente a niños de 1 mes a 3 años y en pacientes con alteraciones neurocognitivas.

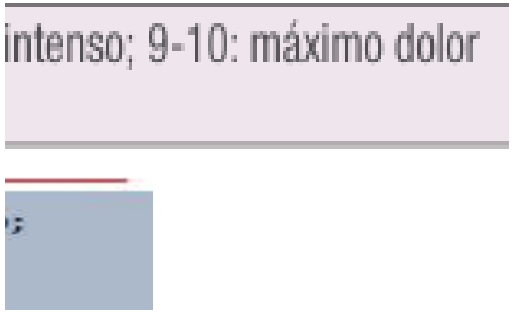
PADOMI Niños
Gemini Notebook

ESCALA FACIAL DEL DOLOR



Homologación a escala EVA	Descripción
0	Muy Feliz, sin dolor
1 - 2	Duele sólo un poco
3 - 4	Duele un poco más
5 - 6	Duele aún más
7 - 8	Duele bastante
9 - 10	Duele tanto como puedas imaginar





*Comisión Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para el niño con cáncerGobierno de Chile, ministerio de salud; PROTOCOLO ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS PARA EL NIÑO CON CANCER MINISTERIO DE SALUD 2005

TRATAMIENTO

EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ES IMPORTANTE DOS ASPECTOS BÁSICOS	
ANTICIPACIÓN	**APROXIMACIÓN MULTIMODAL**
A experiencias dolorosas	Al tratamiento del dolor, asociando medidas farmacológicas, físicas y sicológicas

Estíbaliz Bárcena Fernández *Pediatra. Servicio de Urgencias de Pediatría.Hospital Universitario de Cruces-Barakaldo, Vizcaya; Manejo del dolor en atención primaria; Actualización en pediatría;* 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 383-92.

Estrategia analgésica idónea es: 	aquella capaz de corregir o curar la causa del dolor o **tratamiento etiológico**
	el tratamiento ideal es aquel capaz de frenar la **fisiopatología que produce el estímulo doloroso**.
	El último escalón **es el tratamiento sintomático**, es decir **la utilización de analgésicos** destinados a bloquear la percepción dolorosa.

B. Huidobro Labarga, M. Herrera López, P. Santos Herráiz; Manejo del dolor en cuidados paliativos pediátricos [Internet]. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria; Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10(4):163-71; disponible en : chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fapap.es/files/639-1577-RUTA/03_Manejo_dolor_CCP.PDF

La Sinfonía del Tratamiento: El Ecosistema de Alivio



Stefan Friedrichsdorf, MD, FAAP investigador principal , Dra Verónica Dussel: coordinadora; Educación en Cuidados Paliativos al Final de la Vida en Pediatría EPEC- peds Latinoamérica; 2010-2016; Financiado por The National Institute of Health / National Cancer Institute (1 R25 CA 151000-01)

Gemini Notebook

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS









Cognitivo: Distracción (juegos, cuentos, canciones etc) imaginación (el niño se concentra con una imagen que le genere placer), Hipnosis ???(1)

De comportamiento: respiración profunda, relajación, otros.(1), acupuntura, acupresión, aromaterapia(2)

Físico: tacto, caricias, aplicación de calor o frío para el niño con Cáncer; (1), estimulación eléctrica transcutánea del nervio(TENS)Posiciones cómodas(2)

TERAPIAS INTEGRATIVAS(2)

- (1)Comisión Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para el niño con cáncer; protocolo: Alivio Del Dolor y cuidados Paliativos; Ministerio de salud; Gobierno de Chile.
- (2)Stefan Friedrichsdorf, MD, FAAP investigador principal , Dra Verónica Dussel: coordinadora; Educación en Cuidados Paliativos al Final de la Vida en Pediatría EPEC- peds Latinoamérica; 2010-2016; Financiado por The National Institute of Health / National Cancer Institute (1 R25 CA 151000-01)

NEONATO Y LACTANTES







Atenuación de luz y ruido



Método canguro, nido envuelto en pañales



Administración de leche materna o de sacarosa para procedimientos dolorosos.

Stefan Friedrichsdorf, MD, FAAP investigador principal , Dra Verónica Dussel: coordinadora; Educación en Cuidados Paliativos al Final de la Vida en Pediatría EPEC- peds Latinoamérica; 2010-2016; Financiado por The National Institute of Health / National Cancer Institute (1 R25 CA 151000-01)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Principios básicos de la administración de fármacos

- Involucre al joven y a la familia
- **Evite** regímenes **complejos o grandes volúmenes de medicación oral.**
- La **disponibilidad del fármaco, en términos de dosis, sabor, tamaño de la tableta** o el **volumen pueden limitar la elección del fármaco**.

- Si emplea una dosis oral, los pacientes deben **elegir** si la escogen en líquido, gránulos y tabletas. = preferencia o la aversión a un tipo de preparación → influir la elección.

WILSON ASTUDILLO A., CARMEN MENDINUETA A., ANTONIO SALINAS M., FERNANDO CARMONA E. Y M. JOSÉ CARRANZA N. BASES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS; Paliativos sin Fronteras, 2025; ediciones continente; Juan XXIII- 6- 3-Dcha. San Sebastián, 20016- España

- Las **preparaciones en parches de larga duración**, son las más **convenientes y menos molestas.**
- Los **fármacos parenterales** se dan generalmente por **infusión continua, no como dosis en bolos.**
- **Los fármacos intramusculares** son **dolorosos e innecesarios**

(1)

- Las rutas **bucales y sublinguales** pueden ser una alternativa a las medicinas orales,

pero son todavía pocas las medicinas y tienden a ser de acción corta

(1)

Estrategia bifásica
Intervalos regulares
Administración adecuada
Individualizar tratamiento

(2)

- 1.- WILSON ASTUDILLO A., CARMEN MENDINUETA A., ANTONIO SALINAS M., FERNANDO CARMONA E. Y M. JOSÉ CARRANZA N. BASES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS; Paliativos sin Fronteras, 2025; ediciones continente; Juan XXIII- 6- 3-Dcha. San Sebastián, 20016- España
- 2.-ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

3: González García M. (1), Martín Iglesias A. (2), Solís Reyes C. (1), Romero Ramírez S (1),Montero A.GUIA PARA EL MANEJO DE DOLOR EN PEDIATRIA; SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

Principios básicos de la administración de fármacos

Vía apropiada



Oral siempre que sea posible

IV, SC, RECTAL: En base a disponibilidad evaluación clínica y preferencias

Intramuscular: evitar



Por reloj



Pautas fijas y no a demanda, siempre pautar **medicación a rescate**



Por escalera: el esquema analgésico se elige según la intensidad y el tipo de dolor.

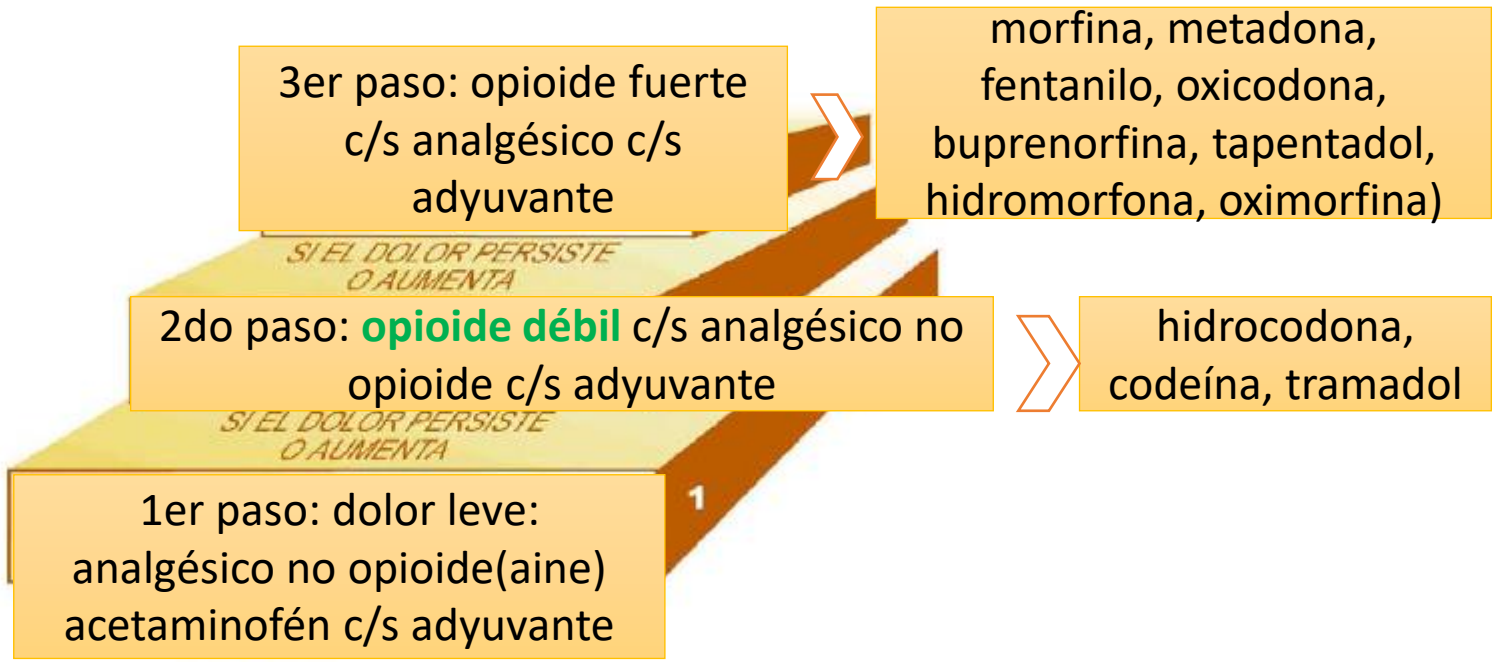


Dosificar según circunstancias de cada niño, edad, capacidad metabólica y patologías asociadas.
¿Qué es lo deseable? ->dosis que evite que el enfermo sienta dolor, con menor cantidad de efectos adversos.

González García M, Martín Iglesias A., Solís Reyes C., Romero Ramírez S, Montero A.; GUÍA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1986: escalera analgésica para dolor en cáncer y cuidados paliativos: OMS



ESTRATEGIA BIFÁSICA DE ACCIÓN

Ha demostrado ser mas efectiva, modificada el 2012 para manejo de dolor persistente en niños

SEGUNDA FASE: dolor moderado a grave

ción: **MORFINA**

Se recomienda el uso de analgésicos opioides potentes para aliviar el **dolor persistente** moderado a intenso en niños con enfermedades médicas.
Recomendación fuerte, evidencias de baja calidad

PRIMERA FASE: DOLOR LEVE**: paracetamol** e ibuprofeno

Adyuvantes (si es necesario), como antidepresivos o anticonvulsivantes para dolor neuropático

Única opción para niños de tres meses

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

DIFERENCIAS ENTRE EL PRIMERA ESCALA ANALGESICA Y ESCALA BIFÁSICA (OMS)

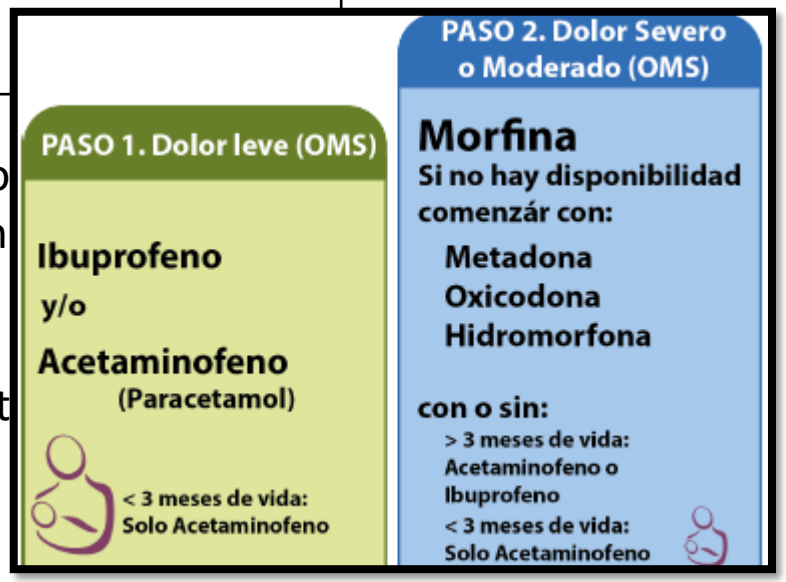
Primera escalera (1986)

1.- ---
2.- Recomienda opioide débil: codeína (dolor moderado)

Escalera bifásica (2012)

1: Mas eficaz
2: Dosis bajas de analgésicos opioides fuerte





Beneficios de un analgésico opioide potente eficaz: superan los beneficio
intermedia en población pediátrica, a pesar de sus riesgos, se consideran
las incertidumbres asociadas a codeína y tramadol.

Pendiente tramadol: la estrategia bifásica la revisará a medida que se obt

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

FÁRMACO EXCLUÍDO DE LA OMS

CODEÍNA

Opioide débil que se recomendó para el dolor moderado
Efecto analgésico: muy escaso y nulo en recién nacidos y pequeños
Su metabolito CYP2D6. En el feto es nula o inferior al 1% de sus valores en el adulto < 5 años no supera el 25%

OTROS OPIOIDES DE POTENCIA INTERMEDIA

Tramadol: No hay datos sobre su eficacia y seguridad comparativas en NIÑOS. Además, no está aprobado para uso pediátrico en varios países. Son necesarias más investigaciones sobre el tramadol y otros opioides de potencia intermedia.

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES PARA ALIVIAR EL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS

Fármaco	Dosis (vía oral)			Dosis diaria máxima
	Recién nacidos (0 a 29 días)	Lactantes de 30 días a 3 meses	Lactantes de 3 a 12 meses o niños de 1 a 12 años	
Paracetamol	5–10 mg/kg cada 6–8 h[a]	10 mg/kg cada 4–6 h[a]	10–15 mg/kg cada 4–6 h[a,b]	Recién nacidos, lactantes y niños: 4 dosis/día
Ibuprofeno			5–10 mg/kg cada 6–8 h	Niños: 40 mg/kg/día

a Los niños malnutridos o desnutridos tienen más probabilidades de sufrir efectos tóxicos con los regímenes posológicos convencionales debido a la reducción del antitóxico natural: el glutatión.

b Máximo de 1 g de cada vez.

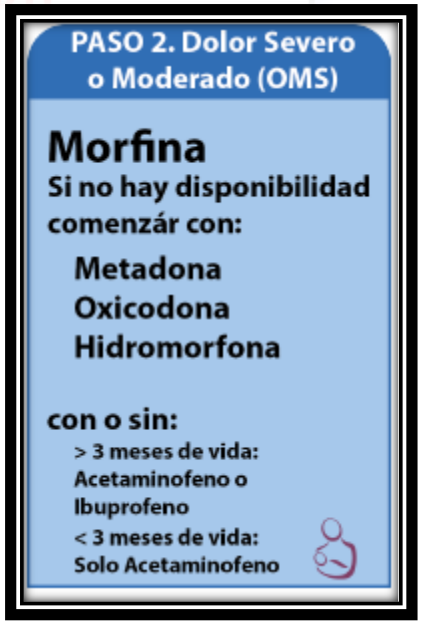
ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

DOLOR EN ENFERMEDAD MALIGNA AVANZADA u otra es necesario administrar un **OPIOIDE FUERTE**

Elección

MORFINA: otros opioides pueden ser considerados si hay efectos adversos







no hay un límite superior para las dosis **de analgésicos opioides** puesto que su efecto **ANALGÉSICO NO TIENE UN "TECHO"**. La dosis apropiada es aquella que alivia el dolor en cada caso concreto.

Stefan Friedrichsdorf, MD, FAAP (1,2) *Investigador Principa;* Analgesia de Amplio Espectro Educación en Cuidados Paliativos y Final de la Vida en Pediatría 2010-2016; EPEC - Peds LatinoAmérica;

Dosis iniciales de analgésicos opioides para niños (1 a 12 años) que nunca hayan estado expuestos a los opioides

OBSERVA QUE: 1 MG = 1000 MCG

Fármaco	Vía de administración	Dosis inicial
Morfina	Oral (liberación inmediata)	1–2 años: 200–400 mcg/kg cada 4 h 2–12 años: 200–500 mcg/kg cada 4 h (máximo de 5 mg)
	Oral (liberación prolongada)	200–800 mcg/kg cada 12 h
	Inyección IV[a]	1–2 años: 100 mcg/kg cada 4 h 2–12 años: 100–200 mcg/kg cada 4 h (máximo de 2,5 mg)
	Inyección SC	
	Infusión IV	Dosis IV inicial: 100-200 mcg/kg[a], seguidos de 20–30 mcg/kg/h
	Infusión SC	20 mcg/kg/h
Fentanilo	Inyección IV	1–2 mcg/kg[b] cada 30–60 minutos
	Infusión IV	Dosis IV inicial de 1–2 mcg/kg[b], seguidos de 1 mcg/kg/h
Hidromorfona[c]	Oral (liberación inmediata)	30–80 mcg/kg cada 3–4 h (máximo de 2 mg/dosis)
	Inyección IV[d] o inyección SC	15 mcg/kg cada 3–6 h
Metadona[e]	Oral (liberación inmediata)	100–200 mcg/kg cada 4 h las 2–3 primeras dosis, y después cada 6–12 h (máximo de 5 mg/dosis, inicialmente)[f]
	Inyección IV[g] e inyección SC	
Oxicodona	Oral (liberación inmediata)	125–200 mcg/kg cada 4 h (máximo de 5 mg/dosis)
	Oral (liberación prolongada)	5 mg cada 12 h

200 MCG MORFINA= 0.2 MG MORFINA

La morfina **IV** se administrará **lentamente durante un mínimo de 5 minutos.**
El fentanilo **IV** se administrará lentamente durante 3 a 5 minutos.
La hidromorfona IV se administrará lentamente durante 2 a 3 minutos.
La metadona IV se administrará lentamente durante 3 a 5 minutos.

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

Dosis iniciales de analgésicos opioides para recién nacidos que nunca hayan estado expuestos a los opioides

Fármaco	Vía de administración	Dosis inicial
Morfina	Inyección IV[a]	25–50 mcg/kg cada 6 h
	Inyección SC	
	Infusión IV	Dosis IV inicial[a] de 25–50 mcg/kg, seguida de 5–10 mcg/kg/h y 100 mcg/kg cada 4 o 6 h
Fentanilo	Inyección IV[b]	1–2 mcg/kg cada 2–4 h[c]
	Infusión IV[b]	Dosis IV inicial[c] de 1–2 mcg/kg, seguida de 0,5–1 mcg/kg/h

a La morfina IV se administrará lentamente durante un mínimo de 5 minutos.

b Las dosis IV de fentanilo para recién nacidos están basadas en la información sobre la posología en el tratamiento del dolor agudo y la sedación. En recién nacidos sin ventilación asis necesarias dosis menores.

c El fentanilo IV se administrará lentamente durante un mínimo de 3 a 5 minutos.

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

La hidromorfona es un opioide potente y existen diferencias importantes entre su administración oral e IV. Se requiere EXTREMA CAUTELA al **pasar de una vía a la otra.** Al pasar de la hidromorfona PARENTERAl a la hidromorfona ORAl, la dosis oral necesaria puede ser **hasta 5 veces mayor** que la dosis IV.



METADONA: Debido a la complejidad y a las amplias variaciones interindividuales de su farmacocinética, la metadona solo debe ser administrada por profesionales con experiencia en su uso.

.

ojo



Inicialmente, su dosis debe ajustarse como las de otros opioides potentes. Para evitar efectos adversos debido a su acumulación**, puede ser necesario reducir la dosis en un 50% 2 a 3 días después de haber alcanzado la dosis eficaz.** A partir de entonces**, los aumentos** de **dosis deben efectuarse a intervalos de una semana o más,** con **incrementos de un 50%,** como máximo

ESTRATEGIAS FARMACOTERAPÉUTICAS [Internet]. Nih.gov. World Health Organization; 2025 [cited 2025 Sep 5]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595836/#ch3.s2

MORFINA SEGÚN FUNCION RENAL

Clearence de creatina ≥ 50 ml/min

No se modifica la dosis

↓

Clearence de creatina entre 10-50 ml/min

Reducir la dosis un 25%

↓

Clearence de creatina ≤ 10 ml/min

Reducir la dosis un 50%

FÁRMACO		DOSIS VÍA ORAL	OBSERVACIONES
Opioides	Morfina liberación inmediata	Lactantes: 0,08-0,2 mg /kg/ 4 horas Niños 1-2 años: 0,2-0,4 mg/kg/4 horas Niños de 2-12 años: 0,2-0,5 mg/kg/4 horas. Dosis máxima inicial: 5 mg	Receptores opioides a nivel central y periférico Insuficiencia renal o hepática disminuye la eliminación del fármaco Efectos secundarios muy frecuentes: estreñimiento, (asociar siempre laxante), sedación (disminuir dosis 25%) y retención urinaria A largo plazo: tolerancia, dependencia, adicción

B. Huidobro Labarga, M. Herrera López, P. Santos Herráiz; Manejo de dolor en cuidados paliativos pediátricos; Form Act Pediatr Aten Prim.;2017;10(4):163-71

Adyuvantes	Gabapentina	Primer día: 5 mg/kg. Dosis única (máx.: 300 mg) Segundo día: 5 mg/kg/12 horas Tercer día: 5 mg/kg/8 horas Mantenimiento: 25-35 mg/kg/día Adolescentes: • Primer día: 300-400 mg • Segundo día: 300-400 mg/12 horas • Tercer día: 300-400 mg/8 horas • Mantenimiento: 900-3600 mg/día	> 6 años Relacionado con el neurotransmisor GABA Adyuvante en dolor neuropático Frecuente efecto adverso: infección viral, leucopenia, alteración del apetito, somnolencia La morfina aumenta la concentración plasmática de gabapentina Los antiácidos disminuyen la biodisponibilidad
	Pregabalina	Primer-tercer día: 1 mg/kg/24 horas Cuarto-sexto día: 1 mg/kg/12 horas Aumentar máx.: 3 mg/kg/8 horas	Actividad antihiperalgésica y antialodínica 4 veces superior a la gabapentina Dolor neuropático periférico Buena biodisponibilidad Ficha técnica no recomendado en edad pediátrica
	Clonidina:	4 µg/kg/8 horas	Agonista adrenérgico Efecto analgésico sinérgico con los opioides Previene el síndrome de abstinencia por opioides Indicado: ansiedad, dolor, abstinencia por opioides, espasticidad y trastornos de conducta
	Amitriptilina	2-12 años: Inicial: 0,2 mg/kg/24 horas Máxima: 1 mg/kg > 18 años Inicial: 10 mg por la noche Máxima: 75 mg/día	Disminución de la recaptación de noradrenalina y serotonina Indicado en dolor neuropático, depresión y profilaxis de migraña Efectos adversos: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa... Riesgo de arritmias
	Dexametasona	Inicial: 0,25 mg/kg/día en dos dosis 3-5 días Mantenimiento: 0,1 mg/kg/día	Antiinflamatorio Indicado: cefalea asociada a hipertensión intracraneal, atrapamientos nerviosos, compresión medular, antiemético Efectos adversos: supresión adrenal, síndrome de Cushing
	Lidocaína	Transdérmica: 1 parche durante 12 horas cada 24 horas Transmucosa: gel de lidocaína al 2%, 1 aplicación 30 minutos antes de la ingesta	Indicado en dolor neuropático localizado (*off-label*) Dolor asociado a lesiones mucosas

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda utilizar el tratamiento analgésico en dos fases, dependiendo de la intensidad del dolor.
- ✓ No hay datos suficientes para recomendar ningún otro opioide alternativo a la morfina como opioide de primera elección.
- ✓ Cuando el dolor sea constante, los analgésicos deben administrarse a intervalos regulares, y no “a demanda”, vigilando sus efectos colaterales.
- ✓ La selección de analgésicos opioides alternativos a la morfina debe guiarse por consideraciones relacionadas con la seguridad, disponibilidad, costo e idoneidad, incluidos los factores relacionados con el paciente.

- https://www.youtube.com/watch?v=yeKDnenkwHo&list=PLqxUsmOiXxfuGwshPsJRiU7zHN3260OPV&index=28

El Abrazo Final: Cuidado Multidimensional

PADOMI Niños
Alenech Dermolacio Pediátrico



El éxito en **Cuidados Paliativos Pediátricos** no se define por la curación de la enfermedad, sino por la **mitigación eficaz** del **sufrimiento físico, psicológico** y **social** a través de un enfoque **multidisciplinario** y **compasivo**.

La dosis precisa de ciencia clínica administrada con infinita humanidad.

Gemini Notebook

EN CUIDADOS PALIATIVOS…



SI NO PUEDES CURAR… ACOMPAÑA
SI NO PUEDES CURAR… CALMA
SI NO PUEDES CURAR…ALIVIA