



Experto en Psicología Oncológica infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA V. EL DOLOR EN ONCOLOGÍA INFANTIL

Introducción

Uno de los aspectos estudiado y trabajados por los teóricos ha sido la sintomatología del cáncer en niños. Muchos de estos síntomas se anudan a la calidad de vida del paciente, y por ende de aquellas personas que le rodean, su familia, tras haberse emitido el diagnóstico.

Para Salas, el control de los síntomas es una parte esencial de la atención integral al niño que se encuentra gravemente enfermo. El objeto es prevenir y aliviar el sufrimiento tanto a nivel físico como emocional y espiritual.

Los síntomas se componen de diversos estados que tienen varios significados. Al experimental los síntomas de forma global se complica la cuestión de aislar unos de otros con el fin de evaluar el grado de intensidad de cada uno. Esto favorece que los niños tengan dificultad es cuando tienen que hablar de sus síntomas con otros, fundamentalmente cuando se conceptualizan como efectos secundarios o estados tanto físicos como psicológicos singulares.

Entre los efectos colaterales que los niños pueden verse afectados por los protocolos del tratamiento señalamos los siguientes: Fatiga, vómitos, náuseas, ardor y dolor en el lugar de la venopunción, pérdida del pelo, reacciones alérgicas, cambio en el sistema nervioso, cistitis hemorrágica, ictericia, constipación, bajo conteo de células.

Estos efectos se deben a que los fármacos introducidos como tratamiento no sólo afectan a las células cancerígenas, sino también a las otras: como las del tracto gastrointestinal, la médula ósea, las células reproductoras y los folículos pilosos.

Prevalencia del dolor

La asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”.



El dolor es uno de los síntomas más comunes anudados al cáncer (conjuntamente a la anorexia y la fatiga). El dolor no solo está en dependencia del daño físico en tanto el mismo tipo de lesión tisular puede causar dolor de diferente intensidad o naturaleza en diferentes niños o en el mismo niño en momentos diferentes. Por ello, la subjetividad que se anuda al dolor impide el poder conocer con exactitud sus mecanismos y, por tanto, su control.

Las estadísticas que emiten los centros de atención y tratamiento indican que los niños con cáncer experimentan dolor

debido a la enfermedad y/o tratamiento. Señalan que las causas más importantes son los procedimientos médicos diagnósticos y terapéuticos. Muchos niños los han señalado como peores que la propia enfermedad.

El dolor es uno de los síntomas más habituales que representa el mayor problema experimentado en los tratamientos realizados en las diferentes fases del cáncer, siendo una de las mayores preocupaciones que alcanzan a los progenitores. Las estadísticas

conforman que aproximadamente el 50% de los niños sienten algún tipo de dolor ya sea en el proceso de diagnóstico o ya en el tratamiento.

El dolor auspiciado por el cáncer puede ser agudo o crónico. Puede tener características del dolor nociceptivo, neuropático, visceral o mixto o expresarse como un síndrome específico e incluso como un síndrome doloroso regional complejo.

Aquel dolor no aliviado intervendrá en el sueño, producirá fatiga, alcanzando a tener sentimientos de impotencia. Y esto podrá alcanzar el aumento de morbilidad y mortalidad en los niños. El dolor debe de ser evaluado y diagnosticado. Conviene considerar las diversas causas del dolor con el objeto de llegar a un tratamiento individualizado.

Los niños que tengan un dolor severo llaman a la toma de potentes fármacos analgésicos y también la intervención de opioides, intentando que no se alcance una adicción a ellos. Por este lado, la necesidad de utilizar altas dosis de opiáceos está anudada con la extensión del tumor a áreas concretas del sistema cerebral tales como el peri acueducto gris, las raíces de los nervios espinales, los plexos nerviosos o la compresión de la columna vertebral. Conviene que tratemos anticipadamente los efectos secundarios de los opiáceos que puede ser los vómitos, náuseas, constipación, etc.

Aspectos temporales del cáncer

Indiquemos algunos de ellos:

-Dolor constante. Está asociado a la administración de analgésicos. Tiene mayor relación con el tiempo transcurrido entre cada toma que entre los síntomas que se presentan. Debemos de combinarlo con la toma de analgésicos de alta duración; con la consecuencia de que debemos de adecuar el tiempo de vida medio de cada medicamento

ya que si se toma del medicamento sin que se precipite el dolor se previene su recurrencia.

-Dolor incidental. Se relaciona con actividades concretas. Por ejemplo, con el comer, caminar, defecar. Se precipita cuando la concentración del analgésico en sangre disminuye causando un mínimo efecto analgésico. Para tratarlo. Conviene incrementar la dosis de analgésico o reduciendo los intervalos entre toma.

-Dolor intermitente. Se manifiesta de forma impredecible. Conviene que introduzcamos un potente analgésico mientras se precipita el dolor.

En general, estamos tratando el dolor cuya meta es la calidad de vida del paciente. Implica el alivio del dolor y de síntomas adyacentes sin que tenga que alcanzar a una mejoría de su funcionalidad ya que mayoritariamente está articulada a la progresión de la enfermedad. La base del manejo del dolor sigue consistiendo en la Escalera Analgésica de la OMS.

Si el paciente presentase un dolor severo podemos saltarnos un escalón o dos ya que lo importante es aliviar el dolor lo más rápidamente que podamos.

Según el esquema de la OMS (1998):

-El escalón 1 corresponde a un dolor leve. Puede ser tratado con analgésicos no opioides.

-El escalón 2 corresponde a un dolor moderado. Se tratará con opioides menores, en combinación con analgésicos no opioides si es preciso, Acetaminofeno.

-El escalón 3 corresponde a un dolor intenso. Debe de tratarse con opioides mayores (codeína), en combinación con analgésicos no opioides si es preciso. En cualquiera de los escalones se pueden administrar adyuvantes, según el tipo de dolor, si es necesario.

-El escalón 4 corresponde a la escala de máximo dolor. Se tratará con opioides mayores (morfina, oxycodona, fentanilo) en combinación con analgésicos no opioides y adyuvantes si es preciso.

Analgésicos no opioides

No hay evidencia concluyente sobre la efectividad de los analgésicos no opioides en niños con cáncer (Macintyre et al., 2010; McNicol, et al., 2006; Miaskowski). Cuando disminuye el dolor o cuando aumenta el dolor.

Fatiga

Es uno de los principales problemas que intervienen en la calidad de vida de los pacientes afectados de cáncer. Casi el 80% de los pacientes presentan fatiga en algún momento de su enfermedad.

En oncología pediátrica, la fatiga es un síntoma que ha recibido poca atención. Por un lado, debido a la falta de una definición apropiada tanto en niños como adolescentes oncológicos. Por otro, a la ausencia de métodos para evaluarla.

Salas señala que diversos estudios muestran que la fatiga se define de forma diferente según lo hagan los niños, adolescentes o sus padres. Para los primeros, la fatiga es un sentimiento profundo de estar físicamente cansado o de tener dificultad en el movimiento corporal. También, la atribuyen a las alteraciones de los patrones de sueño, el ambiente hospitalario, y los tratamientos en los cuales se utilizan cierto tipo de medicamentos.

Para los adolescentes, la fatiga es un estado cambiante de agotamiento que incluye cansancio físico, mental y emocional. En cambio, los padres la describen como un estado de disminución para compensar la pérdida de energía; devienen de múltiples factores,

bien por la nutrición, conducta, emociones, tratamiento, actividades familiares y, por supuesto, por la enfermedad.

Para el tratamiento de la fatiga pueden identificarse en cada paciente los factores que contribuyen y alivian. Para ello, hay que tener en cuenta la edad, nivel evolutivo y el entorno cultural. En este punto, tanto los pacientes como los padres pueden diferir en tono a qué es la fatiga y de cómo afrontarla para reducirla. Se deriva de ello que conviene proporcionar tanto a la familia como al propio paciente de información sobre el impacto de la fatiga en la enfermedad.

Náuseas, vómitos

Son los efectos secundarios de la quimioterapia. Sus consecuencias físicas serán la deshidratación, desequilibrio de electrolitos, pérdida de peso, debilidad, anorexia, mayor prevalencia hacia las infecciones, y, por ende, a la suspensión de las actividades habituales en la infancia.

Salas nos indica que a pesar de los pocos estudios que existen en la población pediátrica, las intervenciones de carácter conductual ayudan a controlar las náuseas y vómitos tras la quimioterapia, auxiliando a los niños con respecto de sus pensamientos acerca de los síntomas.

La expresión del dolor según grupos de edad de los niños

Utilizaremos la tabla aportada por “la Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer”:

≤ 1 año

- Mostrar rigidez del cuerpo o agitación; puede tener la espalda arqueada.

- Mostrar expresiones faciales de dolor (ceño fruncido, ojos firmemente cerrados, boca abierta y con “forma cuadrada”).
- Tener llanto intenso/alto y ser difícil de consolar.
- Aproximar las rodillas al pecho.
- Mostrar hipersensibilidad o irritabilidad.
- Comer poco, no ser capaz de dormir.

> 1 - ≤ 3 años

- Estar agresivo verbalmente, llorar intensamente.
- Mostrar un comportamiento regresivo o retraído.
- Mostrar resistencia física con ademán de “empujar” la fuente del estímulo doloroso lejos una vez que se ha aplicado.



- Proteger el área dolorosa del cuerpo.
- No ser capaz de dormir.

> 3 - ≤ 6 años

- Verbalizar la intensidad del dolor.
- Ver el dolor como castigo o

interpretar que puede haber beneficios secundarios asociados al dolor.

- Mover brazos y piernas y/o estar poco cooperativo.
- Ademán de “empujar” la fuente del estímulo doloroso lejos antes de que se aplique.
- Necesitar restricciones físicas.

- Agarrarse a los padres, enfermera, u otra persona.
- Solicitar apoyo emocional (por ejemplo, abrazos, besos).
- No ser capaz de dormir.

> 6 - ≤ 12 años

- Verbalizar el dolor y utilizar una medida objetiva del dolor.
- Estar influenciado por creencias culturales.
- Mostrar comportamientos dilatorios (por ejemplo, “espera un minuto” o “no estoy listo”).
- Tener rigidez muscular, puños y dientes apretados, nudillos blancos, extremidades contraídas, rigidez del cuerpo, ojos cerrados o ceño fruncido.
- Incluir todos los comportamientos de los niños de entre 3 y 6 años.
- Experimentar pesadillas relacionadas con el dolor, no ser capaz de dormir.

> 12 años

- Localizar y verbalizar el dolor.
- Negar el dolor en presencia de sus compañeros.
- Presentar cambios en los patrones del sueño o del apetito.
- Estar influenciado por creencias culturales.
- Mostrar tensión muscular.
- Mostrar un comportamiento regresivo en presencia de la familia.

Según la OMS, los puntos clave para la evaluación del dolor en los niños son:

- **Valorar:** valorar siempre a un niño con cáncer por dolor potencial. Los niños pueden experimentar dolor, a pesar de que pueden no ser capaces de expresarlo con palabras. Los bebés y los niños pequeños pueden mostrar su dolor sólo por cómo se muestran y actúan; los niños mayores pueden negar su dolor por temor a un tratamiento más doloroso.
- **Cuerpo:** considerar el dolor como una parte integral de la exploración física. La exploración física debe incluir una revisión completa de todas las partes del cuerpo como potenciales puntos dolorosos. Las reacciones del niño durante la exploración (muecas, contracciones, rigidez, etc.) pueden indicar dolor.
- **Contexto:** considerar el impacto de la familia, la atención sanitaria y los factores ambientales en el dolor del niño.
- **Documentar:** registrar la intensidad del dolor del niño de forma regular. Utilizar una escala de dolor simple y apropiada, tanto para el nivel de desarrollo del niño como para el entorno cultural en el que se utilice.
- **Evaluar:** evaluar la efectividad de las intervenciones para el dolor de forma regular y modificar el plan de tratamiento, si es necesario, hasta que el dolor del niño se calme o minimice.

Según Miaskowski et al. (AHCPR, 1994), la evaluación inicial del dolor debe incluir:

- Historia detallada, incluyendo una evaluación de la intensidad del dolor y sus características.
- Examen físico, incluyendo la exploración neurológica.
- Evaluación psicosocial.
- Diagnóstico adecuado para detectar signos y síntomas asociados al dolor.

Es muy importante que tengamos en cuenta la historia inicial del dolor; nos permitirá comprender la situación de dolor del niño y la perspectiva de sus cuidadores.

Otros aspectos a incluir relativos al dolor son las experiencias previas, la respuesta del niño, las expectativas, y las preferencias para la evaluación y el tratamiento.

Historia específica del dolor

Se precisa llevar a cabo una historia específica del dolor para hacerse con los aspectos que sigue, según Macintyre y Miaskowski:

1. Características del dolor:

- Tipo de dolor
- Intensidad y duración
- Localización (para la intervención con niños pequeños nos podemos hacer valer de los muñecos)
- Descripción
- Etiología: por el cáncer, por el tratamiento o por otras circunstancias

2. Manifestaciones físicas y psicológicas:

- Efectos funcionales e interferencia con las actividades de la vida diaria
- Factores psicosociales: ansiedad, miedo, efecto en las relaciones interpersonales y factores que afectan la tolerancia del dolor (ansiedad, depresión, etc.)
- Circunstancias asociadas (que influyen en la exacerbación o en el alivio del dolor)

3. Síntomas asociados (náuseas, insomnio, depresión, ansiedad, etc.)

4. Tratamiento pautado:

-Tipo y dosis

-Efectividad del tratamiento o de otros tratamientos previos, si procede.

-Efectos adversos.

5. Creencias, conocimientos y expectativas. Pueden estar determinados, entre otros aspectos, por experiencias previas de dolor o por miedo e incertidumbre debido a la falta de información.

La historia del dolor la realizará la enfermera al ingreso del niño, derivándolo al psicólogo, oncólogo, pediatra u otro profesional si es necesario. Será fundamental la evaluación del niño por un psicólogo. Para todos los aspectos que se contemplen en la historia del dolor se utilizarán instrumentos validados, siempre que sea posible. Habitualmente suelen ser Escalas.

A continuación, indicaremos algunas de las escalas de las que nos podemos valer para con el objeto de cuantificar el dolor del niño. Son sencillas y de uso fácil.

Primero, abordaremos si se produce que el niño puede autodeclarar el dolor, entonces sugerimos la utilización de las siguientes Escalas:

-Escala visual analógica (EVA)

-Escala numérica (EN)

-Escala categórica (EC).

La Escala Visual Analógica (EVA)

Se traza una línea horizontal de 10 cm.; en los extremos se ubican los niveles extremos de dolor. El lado izquierdo corresponde a la categoría “Sin dolor” y, en oposición, el lado derecho a la categoría “Máximo dolor”.

Una vez comprobado que el niño comprende la escala, se le indica que sitúe en la línea el punto que indique la intensidad del dolor que siente. Se mide con una regla y la intensidad del dolor se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor_____ **Máximo dolor**

La Escala numérica (EN)



En esta escala se trata de una serie numérica de cero a diez. En los extremos se sitúan los niveles extremos de dolor. El lado izquierdo corresponde al valor 0 e indica la ausencia de dolor y en el lado derecho se sitúa el valor 10, que corresponde al máximo dolor.

Una vez que se ha comprobado que el niño comprende la escala, se le pide que seleccione el número que mejor refleje la intensidad del dolor que padece.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor_____ Máximo dolor

Miaskowski y colaboradores proponen puntos de corte:

- no dolor (puntuación=0)
- dolor leve (puntuación=1-3)
- dolor moderado (puntuación=4-6)
- dolor intenso (puntuación=7-10)

Cuando los niños son más pequeños, la sugerencia es utilizar:

- **Escala de dibujos faciales Wong-Baker** (Wong & Baker)

En el caso de que los niños no puedan autodeclarar acerca del dolor, entonces concurrirá que tanto los cuidadores de los niños como los profesionales podrán observar la expresión facial, el movimiento de piernas, la actividad, el llanto y la capacidad para consolarle. Estos signos quedan reflejados en la escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) (Merkel, 1977)

	2	1	0
Cara	Ninguna expresión en particular o sonrisa	Muecas ocasionales, ceño fruncido, inexpresivo, o desinteresado	Temblor de barbilla o mandíbula apretada
Piernas	Posición normal o relajadas	Intranquilas, tensas o inquietas	Da patadas o piernas rígidas
Actividad	Acostado tranquilo, posición normal	Se retuerce, se mueve hacia delante o atrás, tenso.	Arqueado, rígido, sacudidas
Llanto	No llora (ni dormido ni despierto)	Solloza o gime, queja ocasional	Llanto persistente, gritos o sollozos, quejas frecuentes
Capacidad de Consuelo	Contento, relajado	Reafirmado con contacto físico ocasional, abrazos o	Dificultad para consolarlo o reconfortarlo

		hablándole, se le puede distraer	
--	--	-------------------------------------	--

Cada una de las cinco categorías (F) Cara; (L) Piernas; (A) Actividad; (C) Llanto; (C) Capacidad de consuelo, se puntúa entre 0-2, que dan una puntuación total entre 0-10.

(Reproducción de The Regents of the University of Michigan)

Puntos de corte de la escala FLACC:

- Relajado y confortable (puntuación=0),
- Malestar leve (puntuación=1-3)
- Dolor moderado (puntuación=4-6)
- Dolor/malestar intenso (puntuación=7-10).

El dolor en los procedimientos invasivos

En algún momento del protocolo de actuación con el niño enfermo de cáncer se dará la utilización de procedimientos dolorosos. Esto incumbe por tanto al manejo del dolor. Los procedimientos más habituales son la punción lumbar, aspiración de médula ósea o biopsia, colocación de vías centrales, y biopsia de tejido.

Las investigaciones llevadas a cabo sugieren que la punción y el aspirado medular son sentidos por los niños con cáncer, por sus cuidadores y también por los profesionales de la salud como los dos procedimientos más dolorosos y estresantes de todos los anudados al tratamiento del cáncer.

Existen otros procedimientos invasivos que son menos dolorosos, pero en cambio son frecuentes y se repiten; por ejemplo, la inserción de catéteres intravenosos y las inyecciones intramusculares. Proveen de un importante monto de angustia debido justamente a su repetición.

Ante el dolor precipitado por estos procedimientos se convoca el tratamiento profiláctico con la analgesia adecuada y/o sedación. Si los niños rechazan la sedación existen otras alternativas no farmacológicas para disminuir el dolor relacionado con el procedimiento. También conviene dar información acerca de la cualidad y la duración de las sensaciones que experimentarán durante el procedimiento doloroso, para lograr la máxima colaboración del niño.

Es importante supervisar el proceso de sedación si se administra a niños que sufren angustia con los procedimientos dolorosos anudados al diagnóstico y al tratamiento del cáncer.

En las intervenciones para el control del dolor y la angustia relacionada con el procedimiento se deberían tener en cuenta el tipo de procedimiento, el nivel previsto de dolor y otros factores individuales, como la edad y el estado físico y emocional.

Debemos de considerar la sedación para aquellos procedimientos dolorosos que requieren la cooperación del paciente para permanecer quieto, especialmente en niños menores de 6 años o niños discapacitados.

Para el manejo del dolor anudado a procedimientos dolorosos abordaremos, según Miaskowski, las siguientes cuestiones:

- ¿Con qué fin se lleva a cabo el procedimiento?
- ¿Cuál es la intensidad esperada del dolor?
- ¿Cuál es la duración prevista del dolor?

- ¿Cuál es la intensidad esperada de la ansiedad?
- ¿Cuál es la duración prevista de la ansiedad?
- ¿Con qué frecuencia se repetirá el procedimiento?
- ¿Cómo piensan los cuidadores que va a reaccionar su hijo?
- ¿Cuál es el significado del procedimiento para el niño y los cuidadores?

Intervenciones terapéuticas no farmacológicas

Medidas Conductuales y psicosociales

Los estudios sugieren que el dolor del cáncer se ve agravado psicológicamente por la angustia, la ansiedad y el miedo. La terapia cognitivo-conductual, el psicoanálisis, la meditación, la hipnosis, la terapia de la música, el biofeedback y la relajación son beneficiosos como terapia adyuvante.

Los procedimientos de intervención repetitivos como parte del protocolo de tratamiento pueden conducir a la ansiedad y angustia en los niños. La terapia cognitivo-conductual ayuda a aliviar esta ansiedad asociada con los procedimientos médicos. También los usos de la hora de juego del psicoanálisis son muy efectivos para la elaboración de estas situaciones.

Por otro lado, es muy frecuente que se solicite la participación del anestesiólogo en áreas fuera del quirófano para realizar pruebas diagnósticas o tratamiento en el niño con cáncer. Estos sitios deben contar con monitoreo apropiado tomando en cuenta los lineamientos de la American Academy of Pediatrics, y de Nonoperating Room Anesthetizing Locations aprobados en 1994 por el ASA.

Las definiciones y estándares recientes de JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) sobre sedación se basan en recomendaciones de la ASA. Los estándares incluyen el lenguaje sobre la definición de la sedación y analgesia.

Las definiciones de los cuatro niveles de sedación y analgesia son: 1. Sedación mínima (ansiólisis).



2. Sedación o analgesia moderada (sedación consciente).

3. Sedación y analgesia profundas.

4. Anestesia.

Las investigaciones llevadas a cabo nos indican que existen entre

un 30%-85% de los niños y adolescentes que se abren a intervenciones no farmacológicas durante el proceso de su enfermedad.

Estas medidas no farmacológicas van a intervenir en los factores que influyen en el aumento del dolor. Activarán los sistemas sensoriales que bloquean las señales de dolor o desencadenando sistemas internos inhibidores del mismo.

Sabemos que situaciones de miedo, angustia, ansiedad, control inciden en la percepción del dolor, y por tanto, en la manera de afrontarlo para cada persona. Por ejemplo, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden enseñar al niño a enfrentarse al dolor; también ayudan a modificar la experiencia del dolor y la ansiedad.

Los estudios actuales sugieren que la potencia de estas intervenciones no es muy sólida a largo plazo, y en cambio si muestran una importante eficacia en cuestiones concretas,

como por ejemplo el alivio del dolor a corto plazo y en el procedimiento diagnóstico y clínico. Estas intervenciones además tienen una buena acogida entre los niños y adolescentes, siendo también aceptados por los cuidadores. Es por ello, que este tipo de intervenciones entra a formar parte del manejo del dolor en el niño con cáncer, ya desde el diagnóstico y durante todo el procedimiento a seguir.

Aquellos que tienen el deber de decidir sobre este tipo de intervenciones no son otros que los propios afectados y sus cuidadores, mayoritariamente los padres. Pueden elegir sus preferencias en base a la edad, al grado de madurez psicológica, capacidad de atención, estado físico, el grado de ansiedad, de angustia, capacidad de colaboración, etc. Ciertamente, la elección estará determinada por la información detallada por los profesionales de su equipo de salud.

Según Schechter y colaboradores los objetos que deben guiar el manejo del dolor en procedimientos diagnósticos o clínicos serán:

- Minimizar el dolor: coordinar los procedimientos dolorosos a realizar (venopunción, punción lumbar, etc.) con la finalidad de limitar el número de intentos/ocasiones en que es necesario realizar un procedimiento.
- Maximizar la cooperación del niño: preparar preventivamente al niño y al cuidador.
- Minimizar el riesgo del niño ante cualquier procedimiento: disponer de un adecuado equipo/pautas de monitorización.

Miaskowski y cols. Indican ocho aspectos a tener en cuenta sobre estructura y proceso para un correcto manejo del dolor. Los señalamos a continuación:

1. Un grupo multidisciplinar que trabaje continuamente en la mejora del manejo del dolor.
2. Definir sistemas de registro y estándares para la evaluación del dolor, garantizando que éste es rápidamente diagnosticado y tratado.

3. Explicitar prácticas estandarizadas para garantizar la seguridad y la eficacia de la administración de analgésicos.
4. Definir claramente los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo de salud en relación con el manejo del dolor.
5. Promover un fácil acceso de los profesionales de la salud a la información sobre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
6. Informar al niño y a su cuidador sobre la importancia del manejo del dolor.
7. Proporcionar formación continua sobre el dolor y su manejo a los profesionales de la salud.
8. Evaluar de forma regular la efectividad del control del dolor para optimizar su manejo.

Terapias

Intervención Cognitivo-conductual

Componentes

Contenido

Distracción	Captar la atención, manteniendo el pensamiento ocupado y alejándolo del dolor (juegos, música, imágenes)
Reformulación cognitiva	Reconocer pensamientos que aumentan el dolor. Sustitución por otros de carácter positivo
Relajación muscular progresiva	Cada grupo muscular se contrae y se relaja, con el fin de interrumpir el ciclo

	dolor-tensión que puede aumentar el dolor
Relajación autogénica	Centrar la atención en notar un estado físico y después relajar los músculos.
Imaginería y visualización	Una vez relajados, centrarse en imágenes placenteras o en su caso, neutrales. Tiene elementos similares a la hipnosis pero no emplea la sugestión intencionadamente

Las estrategias cognitivas pretenden reducir los componentes cognitivos y afectivos del dolor, proporcionando a los pacientes una orientación sobre cómo interpretar las sensaciones y los sucesos.

Intervención con hipnosis

Componentes

Contenido

Inducción	Captar y retener la atención del niño intensificando el foco en una actividad mental
Concentración	Incluyen imágenes o sensaciones físicas que modifican la experiencia sensorial
Sugestión	Sugestión para controlar una experiencia y reducir las sensaciones

Es un procedimiento en el que la persona es guiada por terapeutas, comenzando por la relajación hasta que se alcanza la sugestión, que permite cambios en una experiencia

subjetiva (véase, alteración en las percepciones, emociones, pensamientos, comportamientos y sensaciones).

Intervención de Apoyo

Componentes

Contenido

Manifestación de inquietudes	Captar y retener la atención del niño intensificando el foco en una actividad mental
Reafirmación	Incluyen imágenes o sensaciones físicas que modifican la experiencia sensorial
Apoyo para comunicar las necesidades	Alentar a los niños para que comuniquen que no se ha conseguido el efecto esperado con el tratamiento del dolor
Información	Explicar los procedimientos a niños y cuidadores, el dolor esperado y su duración

Las intervenciones suelen consistir en información y preparación a través de la demostración del procedimiento con un muñeco y la revisión de un libro con fotografías sobre el procedimiento. El objeto es el atemperamiento de dolor.

Intervención de Estrategias físicas

Componentes

Contenido

Frío y/o calor	Aplicaciones superficiales de calor y frío
Contacto físico	Masajes con diferentes técnicas
Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea	Estimulaciones eléctricas de bajo voltaje en nervios periféricos
Acupuntura	Inserción de agujas en diferentes lugares de la superficie corporal.
Otras	Diferentes técnicas: reiki, reflexología, aromaterapia, etc.

Por ejemplo, el masaje. Algunos autores señalan que los beneficios del masaje provienen de utilizarlo como complemento a la relajación, en cuyo caso sí disminuye el dolor, disminuye el cansancio y ayuda a dormir. Aporta sensación de bienestar

Intervención de Psicología Dinámica

Componentes

Contenido

Muñecos, lápices, colores, papel, plastilina, etc.	Preparación profiláctica ante operación quirúrgica., ante procedimientos invasivos y dolorosos. Elaboración del diagnóstico y enfermedad
--	---

Hora de juego	Elaboración de la vivencia actual, afrontamiento de la situación. Relación con los padres y hermanos.
---------------	---

Abordamiento profundo para la elaboración psíquica de la situación extraordinaria que atraviesa el niño, adolescentes y cuidadores. Permite la exteriorización, manifestación de miedos y ansiedades tanto del afrontamiento de la enfermedad como ante situaciones concretas tales como una operación quirúrgica o la intervención de procedimientos invasivos debidos al momento del protocolo de tratamiento.

Bibliografía

- American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Section on Anesthesiology. Guidelines for elective use of conscious, deep sedation, and general anesthesia in pediatric patients. Pediatrics. 1992; 89:110
- Aran EA, Montes-Pérez A, et al. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria Barcelona. Guía de evaluación y tratamiento del dolor del IMAS. Ed. Laboratorios MEDA; 2009
- AHCPR, Agency for Health Care Policy and Research. Management of Cancer Pain. Clinical Guideline Number 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Disponible en: <http://www.hospicepatients.org/clinicalpracticeguidelines1994.html>. 1994.
- Berde CB, Sethna NF. Analgesics for the treatment of pain in children. N Engl J Med 347. 2002.
- Cruz, M. Manejo del dolor en el paciente con cáncer. En Alarcón, A. manual de Psicooncología, Bogota: clínica de Marly, 2006.
- Die Trill, M. El niño y el adolescente con cáncer. Ediciones Ades, Madrid 2003.
- IASP Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. 2004.
- Miaskowski C, Cleary J, Burney R, Coyne P, Finley R, Foster R, et al. Guideline for the management of Cancer Pain in Adults and Children. APS Clinical Practice Guidelines Series, Núm. 3. Glenview, IL: American Pain Society. 2004.
- Moreno M. Guía clínica para el tratamiento del dolor en niños con cáncer. España: Cris contra el cáncer. Fundación de Investigación en Cuidados de Salud; 2013.
- OMS. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva, World Health Organization. 1998.
- Pacheco, M. Aspectos Psicológicos del dolor en el paciente Oncológico. En Alarcón, A. (Ed). Manual de Psicooncología. Bogotá. Clínica de Marly.
- Pacheco, M. & Madero, L. (S.F.). Oncología Pediátrica. Psicooncología.

- Rojas V, Pérez YL. Cáncer infantil: una visión panorámica. Revista Psicología Científica.com [Internet]. 2011;13. Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/cancer-infantil-una-vision-panoramica>
- Sánchez de Toledo JJ, Ortega J. Manual Práctica Hematología y Oncología Pediátricas. Ed Ergon, Madrid 2010.
- Shapiro B, Cohen D, Howe C. Use of patient-controlled analgesia for patients with sickle-cell disease. J Pain Symptom Manage 6. 1991.
- Wong D, Baker C. Pain in children: comparison of assessment scales. Pediatr Nurs 14, 1988.

Cuestiones

1. Cómo define el IASP el dolor.
2. Indica “los escalones” de la OMS.
3. Señala la expresión del dolor en niños de tres a seis años.
4. Háblanos de la Escala de dibujos faciales de Wong-Baker.
5. Formula la atención terapéutica contra el dolor desde la perspectiva cognitivo-conductual.