

PROCOLOS DE DOLOR AGUDO DEL HOSPITAL INFANTIL DE “LA PAZ”  
Madrid (versión 2019)

# “Protocolos de Dolor Agudo”

## 1. Papel de la Unidad de Dolor Infantil.

La Unidad de Dolor Infantil es la encargada de velar por el adecuado funcionamiento y aplicación de los protocolos de Dolor Agudo.

En el equipo sanitario participan un médico anestesiólogo, un residente de Anestesiología, una enfermera de planta y una enfermera específica de la Unidad del Dolor.

El **anestesiólogo** está encargado de seleccionar el tipo de tratamiento más adecuado, de revisarlo y modificarlo diariamente según considere necesario tras cada visita médica. Son los responsables de establecer diariamente de lunes a viernes el *censo electrónico de pacientes* ingresados en el Hospital que están siendo tratados por la Unidad usando a tal fin el programa electrónico de la intranet HCIS (<https://hulphcis.salud.madrid.org/>)“Vistas”/“Interconsulta de Anestesia Pediátrica”/Interconsulta Unidad de Dolor Infantil” para lo cual deberá introducir sus claves personalizadas.

Este censo ayudará, a que el residente o el facultativo de guardia puedan identificar a un paciente en el Hospital en caso de una llamada urgente o no urgente solicitando asistencia. Por este motivo el Servicio de Anestesia debe proveer a la Unidad de un facultativo lo convenientemente formado y que pueda atender asistencialmente esta labor todos los días de la semana. Igualmente, es el encargado de prevenir o tratar las complicaciones secundarias al tratamiento analgésico. Debe ser el responsable de indicar la finalización del tratamiento, especialmente para evitar complicaciones como el síndrome de abstinencia que se produce con retiradas excesivamente bruscas. El anestesiólogo solo podrá indicar un tratamiento analgésico como interconsulta solicitada por el médico responsable del ingreso del paciente, habitualmente el cirujano o el pediatra responsable del paciente.

En horario de atención continuada el **anestesiólogo-reanimador de guardia** podrá desplazarse físicamente a controlar los tratamientos y solventar las dudas del personal de enfermería siempre que se lo permiten otras labores asistenciales. En caso de sobrecarga asistencial deberá supervisar al residente de anestesiología que inexcusablemente deberá controlar los tratamientos de la Unidad. En cualquier caso, los anestesiólogos de guardia deberán contestar a las llamadas **urgentes** del personal de enfermería de planta responsable de algún paciente con tratamiento de la Unidad de Dolor Infantil.

El **residente de Anestesiología** debe asumir el busca de Anestesia (81206) a partir de las 15:00 horas, pudiendo contestar (previa consulta con el adjunto) cuantas dudas surjan respecto a los tratamientos empleados.

La **enfermera de planta** es la pieza básica sobre la que se fundamenta el tratamiento analgésico del dolor agudo, ya que ella y sólo ella tiene a su cargo al paciente ingresado y, por lo tanto, es la responsable de administrar el tratamiento indicado por el anestesiólogo de la Unidad de Dolor, así, como la responsable de observar la eficacia y las complicaciones que dicho tratamiento producen en el paciente. Su actitud vigilante y comprensiva hacia el dolor del niño ya tiene en sí mismos un efecto terapéutico sobre el niño y su familia, a los que debe proporcionar una hoja de información acerca del tratamiento con la bomba de PCA. Debe conocer el manejo de los dispositivos de PCA utilizados para dispensar la medicación, las concentraciones de las medicaciones habitualmente utilizadas, y completar

por escrito, al menos por turno, cuando sea requerido, el formulario gráfico de registro de enfermería de la Unidad de Dolor Infantil, sabiendo que en el reverso de estas hojas se encuentra las tablas y escalas de valoración del grado de dolor y de las distintas complicaciones (ver registro gráfico de enfermería). También es su responsabilidad el dar un tratamiento aséptico al catéter epidural, comprobando en las curas y cambios de apósitos, la ausencia de signos de infección. Es la encargada de avisar a los facultativos y/o residentes de la Unidad en caso de que un paciente con tratamiento especializado de la Unidad (PCA-NPCA de opiáceos o anestésicos locales) presente una complicación leve-moderada o analgesia insuficiente o para solventar dudas relacionadas con el tratamiento analgésico. También debe avisar con urgencia al Reanimador en caso de una complicación grave como parada respiratoria, convulsión, o coma. En caso de que observe un paciente que con tratamiento convencional pautado no obtiene el adecuado alivio del dolor deberá llamar al médico responsable del paciente para que sea él mismo, el que valore la conveniencia de cursar una Interconsulta a la Unidad de Dolor Infantil.

**La enfermera de la Unidad del Dolor** tiene la función de supervisar la calidad de la asistencia prestada entregando a los familiares unos cuestionarios de información que incluyen una encuesta de satisfacción con el tratamiento recibido. Además, está encargada de la importante tarea de *formación continuada* del resto del personal de enfermería en cuanto a la aplicación de los protocolos de tratamiento de dolor agudo se refiere, solucionando aquellas dudas prácticas acerca del manejo de la bomba, la medicación, o el modo de valoración del dolor o sus complicaciones. Igualmente, presta una función de coordinación y apoyo al facultativo y a la enfermera de planta responsables del tratamiento analgésico del paciente con un pase diario de planta de todos los pacientes. Además, tiene la obligación de coordinar la entrega del material electrónico necesario (la bomba de PCA) comprobando su adecuado funcionamiento y mantenimiento, así, como la ubicación del mismo dependiendo del traslado del paciente o de su alta del Hospital, etc... La enfermera de la Unidad del Dolor será la encargada de proveer y controlar las necesidades de la medicación que precise vale de *estupefacientes* (opiáceos) o anestésicos locales, procurando que las enfermeras de planta encargadas posean siempre la cantidad necesaria de dicha medicación, la reciban previamente a la recepción del paciente y previendo las necesidades que puedan producirse durante el fin de semana.

## **2. Protocolos Específicos Tratamiento de Dolor Agudo Postoperatorio.**

### **2. 1. PRIMER ESCALON:** Cirugía de agresividad leve-moderada:

Tipos de intervenciones que entran en esta categoría:

- \* Oftalmología
- \* Amigdalectomía, adenoidectomía
- \* Labio leporino, frenillo lingual
- \* Injertos cutáneos, zetaplastias
- \* Reducción de fracturas cerradas, colocación de yesos
- \* Apendicectomías, invaginación intestinal, divertículo de Meckel, cirugía laparoscópica
- \* Herniorrafias, orquidopexias, prepucioplastias
- \* Citoscopias, vaginoplastias
- \* Otros procedimientos cutáneos con mínima o nula afectación de cavidades corporales.

El tratamiento consistirá en un bloqueo locorreional intraoperatorio (cuando sea posible) y AINES durante 1-2 días:

Si se deja vía intravenosa el tratamiento será:

Si se elige la vía oral (preferiblemente):

- Paracetamol 10 mg/kg/6-8h • Paracetamol (10 mg/kg/8h en neonatos, 10 mg/kg/6h en >1 año), no administrar en hepatópatas.
- Metamizol (40 mg/kg/4-8 h)(0.1 ml/kg/4-8h) niños > 1 año, no administrar en caso de asma, insuficiencia renal, o discrasia sanguínea.

- Ibuprofeno 5-10 mg/kg/6h (Si dolor inflamatorio)
- Metamizol (1compr= 575 mg) 1 compr/6h en niños > 6 años

En caso de analgesia insuficiente (Escala de Dolor >5) y descartada otras causas, ansiedad o causa quirúrgica:

Tramadol (2ml=100mg) 2 mg/kg iv lento en 15 min u oral.

Si persiste escala de dolor > 7; se avisará al cirujano para que valore consulta a la Unidad de Dolor

Persona responsable de la indicación: el propio cirujano.

Monitorización y registro gráfico de enfermería: el habitual de cada planta.

## **2.2. SEGUNDO ESCALON:** Cirugía de agresividad moderada-severa:

Los tipos de cirugía incluidos en este segundo escalón serían:

- \* Esternotomías por línea media.
- \* Palatoplastías.
- \* Nefrectomía , pieloureteroplastía
- \* Cirugía osteo-articular moderadamente agresivas,
- \* Cirugías no controladas en el escalón anterior

El tipo de tratamiento propuesto sería fármacos tipo AINES y opiáceos débiles en PCA-NPCA, para lo cual se preparará la bomba *Body Guard 595 CME*®con:

- Metamizol (400mg/kg=1 cc/kg) (máximo 50 cc) + Tramadol (10mg/kg= 0.2cc/kg) máximo 5 ampollas (500mg=10cc) y diluir hasta 100 cc de Salino.

Los parámetros habituales de programación a elegir consistirán en:

PROTOCOLO P. CONTINUO 0.5:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 0.5 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 1 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1.5:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 1.5 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

**PROTOCOLO P. CONTINUO 2:**

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 2 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

**PROTOCOLO SOLO BOLOS 1:**

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 0 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

La duración aproximada del tratamiento oscilará entre 2-3 días. El tratamiento se finalizará cuando la analgesia haya sido eficaz durante 2 a 3 días, siendo sustituido por el primer escalón sin necesidad de pauta de “destete” pues esta asociación (Tramadol-AINES) no produce tolerancia ni síndrome de abstinencia en su retirada.

Como medicación coadyuvante se puede administrar:

- \* En caso de dolor no controlado (E. Dolor >5/10): Ibuprofeno (Solibu® 4 mg/cc) 1.25-4.5 cc/kg/8h/iv.
- \* En caso de náuseas importantes (escala > 2/4): Dexametasona 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de prurito importante (escala > 3/3): Dexclorfeniramina (Polaramine) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de retención urinaria (escala > 3/3): Hioscina (Buscapina) 0.5 mg/kg/8h/iv.

Si a pesar de estar incluido el paciente en este segundo escalón de tratamiento analgésico presentase dolor persistente (escala de dolor >5/10) se debe avisar a la Unidad de Dolor Infantil, que valorará:

\* Si existe ansiedad asociada: Midazolam 0.05-0.15 mg/kg/ iv lento (Sólo añadir medicación sedante con permiso de la Unidad del Dolor).

\* Si, a pesar de todo, la analgesia es inadecuada se deberá pasar al tercer escalón (una vez descartada causa quirúrgica o psicológica).

El Facultativo responsable de la indicación será siempre un facultativo de la Unidad del Dolor.

La enfermera responsable del paciente en la planta deberá cumplimentar el “Registro gráfico de enfermería específica de la Unidad del Dolor” (Figura 2)

Deben monitorizarse de modo repetido, al menos cada 8 horas los siguientes parámetros frecuencia respiratoria, escala de dolor, escala de sedación, escalas de efectos secundarios, ritmos de infusión, bolos pedidos/administrados.

**2.3. TERCER ESCALON INTRAVENOSO:** Cirugía de agresividad severa:

Los tipos de cirugía incluidos en este tercer escalón serían:

- \* Pectus excavatum (Técnica de Nuss), toracotomías, Fracturas Costales
- \* Esofagocoloplastías, Laparotomías extensas
- \* Abdomen superior: Gastrectomías, colecistectomías, operación de Kasai
- \* Abdomen inferior: Cirugía colorrectal, Operación de Peña
- \* Cirugía vesical: Ampliación vesical, vesicostomía
- \* Laminectomías extensas, Artrodesis vertebrales, injertos óseos vascularizados, trasplantes óseos, politraumatizados
- \* Grandes quemados
- \* Pacientes con efectos secundarios o insuficientes del escalón anterior.

El tipo de tratamiento propuesto sería fármacos tipo AINES y opiáceos potentes en PCA-NPCA, para lo cual se preparará la bomba *Body Guard 595 CME®* con:

- Fentanilo (50 mcg/kg= 1 cc/kg) (máximo 50 cc) más Metamizol (400 mg/kg=1 cc/kg) (máximo 50 cc) diluidos hasta 100 cc de Salino.

Los parámetros habituales de programación consistirán en:

Los parámetros habituales de programación a elegir consistirán en:

PROTOCOLO P. CONTINUO 0.5:

- VAI: 100 ml,
- Vel Cont ml/h: 0.5 ml/h
- Bolo demanda : 1 ml
- Bloqueo bolo : 5 min
- Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1:

- VAI: 100 ml,
- Vel Cont ml/h: 1 ml/h
- Bolo demanda : 1 ml
- Bloqueo bolo : 5 min
- Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1.5:

- VAI: 100 ml,
- Vel Cont ml/h: 1.5 ml/h
- Bolo demanda : 1 ml
- Bloqueo bolo : 5 min
- Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO P. CONTINUO 2:

- VAI: 100 ml,
- Vel Cont ml/h: 2 ml/h
- Bolo demanda : 1 ml
- Bloqueo bolo : 5 min
- Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

PROTOCOLO SOLO BOLOS 1:

- VAI: 100 ml,
- Vel Cont ml/h: 0 ml/h
- Bolo demanda : 1 ml
- Bloqueo bolo : 5 min
- Volumen máximo en 4 h: 10 ml,

La duración aproximada del tratamiento oscilará entre 3-7 días.

El tratamiento se finalizará cuando con analgesia adecuada (Escala de dolor inferior a 3/10) la administración de bolos a demanda en las 24 últimas horas sea inferior a 3, siendo sustituido por el primer escalón. Para evitar la aparición de síndrome de abstinencia por la retirada de opiáceos potentes, 30 minutos antes de la retirada de la PCA se administrará una dosis bolo del agente "AINE-like" elegido (metamizol o paracetamol), continuando posteriormente con este agente de modo pautado cada 6 horas.

Además se puede añadir, especialmente en menores de 3 años o si la perfusión ha sido inferior a 48 horas, tramadol (1mg/Kg/iv cada 6h/ a demanda) o, en niños mayores de 6 años o si la perfusión ha sido superior a 48 horas se puede dejar la perfusión a 0.5 ml/h durante 24 horas más previamente a la retirada.

Como medicación coadyuvante se puede administrar:

- \* En caso de dolor no controlado (E. Dolor > 5/10): Ibuprofeno (Solibu® 4 mg/cc) 1.25-4.5 cc/kg/8h/iv.
- \* En caso de náuseas importantes (escala > 2/4): Ondansetron (Zofran) o Metoclopramida (Primperan) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de prurito importante (escala > 3/3): Dexclorfeniramina (Polaramine) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de retención urinaria (escala > 3/3): Hioscina (Buscapina) 0.5 mg/kg/8h/iv.

Si a pesar de estar incluido el paciente en este tercer escalón de tratamiento analgésico presentase dolor persistente (escala de dolor >5/10) se debe avisar a la Unidad de Dolor Infantil, que valorará:

\* Si existe ansiedad asociada: Midazolam 0.05-0.15 mg/kg/ iv lento (Sólo añadir medicación sedante con permiso de la Unidad del Dolor).

\* Si, a pesar de todo, la analgesia es inadecuada se deberá valorar cambiar de técnica (una vez descartada causa quirúrgica o psicológica): Cambiar abordaje (catéter epidural o troncular), de fármaco (usar morfina) o de concentración (aumentar la concentración de fentanilo).

El Facultativo responsable de la indicación será siempre un facultativo de la Unidad del Dolor.

La enfermera responsable del paciente en la planta deberá cumplimentar cuando se le requiera el "Registro gráfico de enfermería específica de la Unidad del Dolor"

Deben monitorizarse de modo repetido, al menos cada 8 horas los siguientes parámetros frecuencia respiratoria, escala de dolor, escala de sedación, escalas de efectos secundarios, ritmos de infusión, bolos pedidos/administrados.

#### **2.4. TERCER ESCALON EPIDURAL:** Cirugía de agresividad severa:

Los tipos de cirugía incluidos en este tercer escalón serían:

- \* Pectus excavatum (Técnica de Nuss), toracotomías, Fracturas Costales
- \* Esofagocoloplastías, Laparotomías extensas
- \* Abdomen superior: Gastrectomías, colecistectomías, operación de Kasai
- \* Abdomen inferior: Cirugía colorrectal, Operación de Peña
- \* Cirugía vesical: Ampliación vesical, vesicostomía
- \* Laminectomías extensas, Artrodesis vertebrales, injertos óseos vascularizados, transplantes óseos, politraumatizados

- \* Grandes quemados
- \* Pacientes con efectos secundarios o insuficientes del escalón anterior.

El tipo de tratamiento propuesto sería Opiáceos epidurales durante 5-7 días.

Analgesia epidural (preferentemente en niños mayores de 1 año):

- Cloruro Mórfico sin conservantes (1 ampolla= 1ml= 1mg disuelto en 10 ml de Suero salino) 25-50 µg/kg = 0.25-0.5 ml/kg de la mezcla cada 8-12-24 horas.

Otra posibilidad sería técnicas de bloqueo locorreional durante 5-7 días.

Analgesia epidural con las siguientes diluciones de fármacos:

- Lidocaina 2% 1000 mg (50 ml) + Fentanilo 250 µg (5 ml) + Suero salino 195 ml
- Levobupivacaina (0.125%) 125 mg (100 ml) + Fentanilo 125 µg (2,5 ml) + Suero salino 22.5 ml

Los parámetros de programación bomba *Body Guard 595 CME®* habituales dependerán de la localización del catéter. En la localización a nivel del espacio epidural torácico:

- \* Dosis perfusión continua= 0.15 ml/kg/h
- \* Dosis bolo: 0.1 ml/kg de la mezcla
- \* Intervalo de bloqueo: 30 min
- \* Dosis máxima en 4 horas: no

Si el catéter está localizado a nivel epidural lumbar:

- \* Dosis perfusión continua= 0.25 ml/kg/h
- \* Dosis bolo: 0.1 ml/kg de la mezcla
- \* Intervalo de bloqueo: 30 min
- \* Dosis máxima en 4 horas: no

La duración aproximada del tratamiento oscilará entre 2-3 días. El tratamiento se finalizará cuando con analgesia adecuada (Escala de dolor inferior a 5/10) la administración de bolos a demanda en las 24 últimas horas sea inferior a 3, siendo sustituido por el primer escalón. Antes de la retirada de la PCA se administrará una dosis bolo del agente tipo "AINE like" (metamizol o paracetamol), continuando posteriormente con este agente de modo pautado cada 6 horas).

El catéter epidural será retirado por la enfermera de planta tras indicación del anestesiólogo que comprobará la ausencia de signos clínicos de coagulopatía, y de tratamiento antiagregante. En caso de tratamiento antiagregante concomitante se retirará el catéter en el momento de menor acción antiagregante del fármaco. Será responsabilidad de la enfermera de planta el dar un tratamiento aséptico al catéter epidural, comprobando en las curas y cambios de apósitos, la ausencia de signos de infección.

Como medicación coadyuvante se puede administrar:

- \* En caso de dolor no controlado (E.Dolor >5/10): Ibuprofeno (Solibu® 4 mg/cc) 1.25-4.5 cc/kg/8h/iv.
- \* En caso de náuseas importantes (escala > 2/4): Ondasentron (Zofran) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de prurito importante (escala > 3/3): Dexclorfeniramina (Polaramine) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de retención urinaria (escala > 3/3): Hioscina (Buscapina) 0.5 mg/kg/8h/iv.

Si a pesar de estar incluido el paciente en este tercer escalón de tratamiento analgésico presentase dolor persistente (escala de dolor >5/10) se debe avisar a la Unidad de Dolor Infantil, que valorará:

\* Si existe ansiedad asociada: Midazolam 0.05-0.15 mg/kg/ iv lento (Sólo añadir medicación sedante con permiso de la Unidad del Dolor).

\* Si a pesar de todo la analgesia es inadecuada se deberá valorar cambiar de técnica (una vez descartada causa quirúrgica o psicológica): Cambiar abordaje (analgesia intravenosa), de fármaco (cambiar opiáceo o anestésico local) o de concentración (aumentar la concentración de anestésico local).

El Facultativo responsable de la indicación será siempre un facultativo de la Unidad del Dolor.

La enfermera responsable del paciente en la planta deberá cumplimentar el "Registro gráfico de enfermería específica de la Unidad del Dolor" (Figura 4).

Deben monitorizarse de modo repetido, al menos cada 8 horas los siguientes parámetros frecuencia respiratoria, escala de dolor, escala de sedación, escalas de efectos secundarios, ritmos de infusión, bolos pedidos/administrados.

### **3. Protocolos Específicos Tratamiento de Dolor Oncológico.**

**3. 1. PRIMER ESCALON:** Mucositis provocada por tratamientos médicos de quimioterapia o cualquier otro dolor agudo relacionado con su enfermedad de base.

El tipo de tratamiento propuesto sería fármacos tipo opiáceos en PCA-NPCA, para lo cual se preparará la bomba *Body Guard 595 CME*® con:

- Cloruro mórfico 1mg/kg máximo 5 ampollas (50mg= 5cc) a diluir hasta en 100 cc de Salino.

Los parámetros habituales de programación consistirán en:

PROTOCOLO P. CONTINUO 0.5:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 0.5 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 8,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 1 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 6,

PROTOCOLO P. CONTINUO 1.5:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 1.5 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 4,

PROTOCOLO P. CONTINUO 2:



VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 2 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 2,

PROTOCOLO SOLO BOLOS 0.5:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 0 ml/h  
Bolo demanda : 0.5 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 20,

PROTOCOLO SOLO BOLOS 1:

VAI: 100 ml,  
Vel Cont ml/h: 0 ml/h  
Bolo demanda : 1 ml  
Bloqueo bolo : 5 min  
Máximo bolo 4 h: 10,

La duración aproximada del tratamiento oscilará entre 7-15 días. Como medicación coadyuvante se puede administrar:

- \* En caso de dolor no controlado (E. Dolor >5/10): Ibuprofeno (Solibu® 4 mg/cc) 1.25-4.5 cc/kg/8h/iv.
- \* En caso de náuseas importantes (escala > 2/4): Metoclopramida (Primperam) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de prurito importante (escala > 3/3): Dexclorfeniramina (Polaramine) 0.1 mg/kg/8h/iv.
- \* En caso de retención urinaria (escala > 3/3): Hioscina (Buscapina) 0.5 mg/kg/8h/iv.

Si a pesar de estar incluido el paciente en este segundo escalón de tratamiento analgésico presentase dolor persistente (escala de dolor >5/10) se debe avisar a la Unidad de Dolor Infantil, que valorará:

- \* Si existe ansiedad asociada: Midazolam 0.05-0.15 mg/kg/ iv lento (Sólo añadir medicación sedante con permiso de la Unidad del Dolor).
- \* Si existe posible componente inflamatorio se puede añadir Metilprednisolona 0.5 mg/kg (máximo 30 mg) cada 6 horas durante 3 días.

El Facultativo responsable de la indicación será siempre un facultativo de la Unidad del Dolor.

La enfermera responsable del paciente en la planta deberá cumplimentar el "Registro gráfico de enfermería específica de la Unidad del Dolor" (Figura 3)

Deben monitorizarse de modo repetido, al menos cada 8 horas los siguientes parámetros frecuencia respiratoria, escala de dolor, escala de sedación, escalas de efectos secundarios, ritmos de infusión, bolos pedidos/administrados.

Si el paciente empeora o evoluciona hacia una situación terminal se aplicará el PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS (ver en otro apartado de los protocolos de la Unidad del Dolor Infantil).