



**LINEAMIENTOS CLÍNICOS DE
MANEJO DOMICILIARIO DE DISNEA
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
TERMINAL**

Noviembre 2021

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

Mario Carhuapoma Yance
Presidente Ejecutivo, EsSalud

Martha Carolina Linares Barrantes
Gerente General, EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI

Cristian Díaz Velez
Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Eric Ricardo Peña Sánchez
Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Moisés Alexander Apolaya Segura
Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Lourdes del Rocío Carrera Acosta
Gerente (e) de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Lourdes del Rocío Carrera Acosta
Vladimir Ernesto Santos Sánchez
Asesores del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Rosas Ramos, Cinthia Mercedes. Gerencia de Oferta Flexible. EsSalud.
- Lucana Masías, Mónica Grisell. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- Albrecht Lezama, Carlos Antonio. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- Berenguel Cook, María Del Rosario Elena. Clínica Oncosalud
- Buendia Molina, Daniel Andrés. Clínica Oncosalud
- Che Hidalgo, Elizabeth. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud.
- Meneses Román, Elva Dany. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud
- Salas Alarcón, Ibis Karina. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. EsSalud
- Cuba Zanabria, Alexander. Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. EsSalud
- Echegaray Castro, Katia Ninoska. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Escalante López, Esther Angélica. Hospital Policial Geriátrico “San José”
- Fonseca Sialer, José Felipe. Centro Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavera”
- Ramos Alarcón, Jeanne Nadia. Hospital Nacional Cayetano Heredia. MINSA
- Sánchez Ruiz, Rubén Ramón. Hospital Nacional Hipólito Unanue. MINSA
- Nieto Gutierrez, Wendy. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. IETSI, EsSalud.
- Lourdes del Rocío Carrera Acosta. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. IETSI, EsSalud.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Lineamientos clínicos de manejo domiciliario de disnea en pacientes con enfermedad terminal. Lima: EsSalud; 2021”.

Datos de contacto

Lourdes del Rocío Carrera Acosta

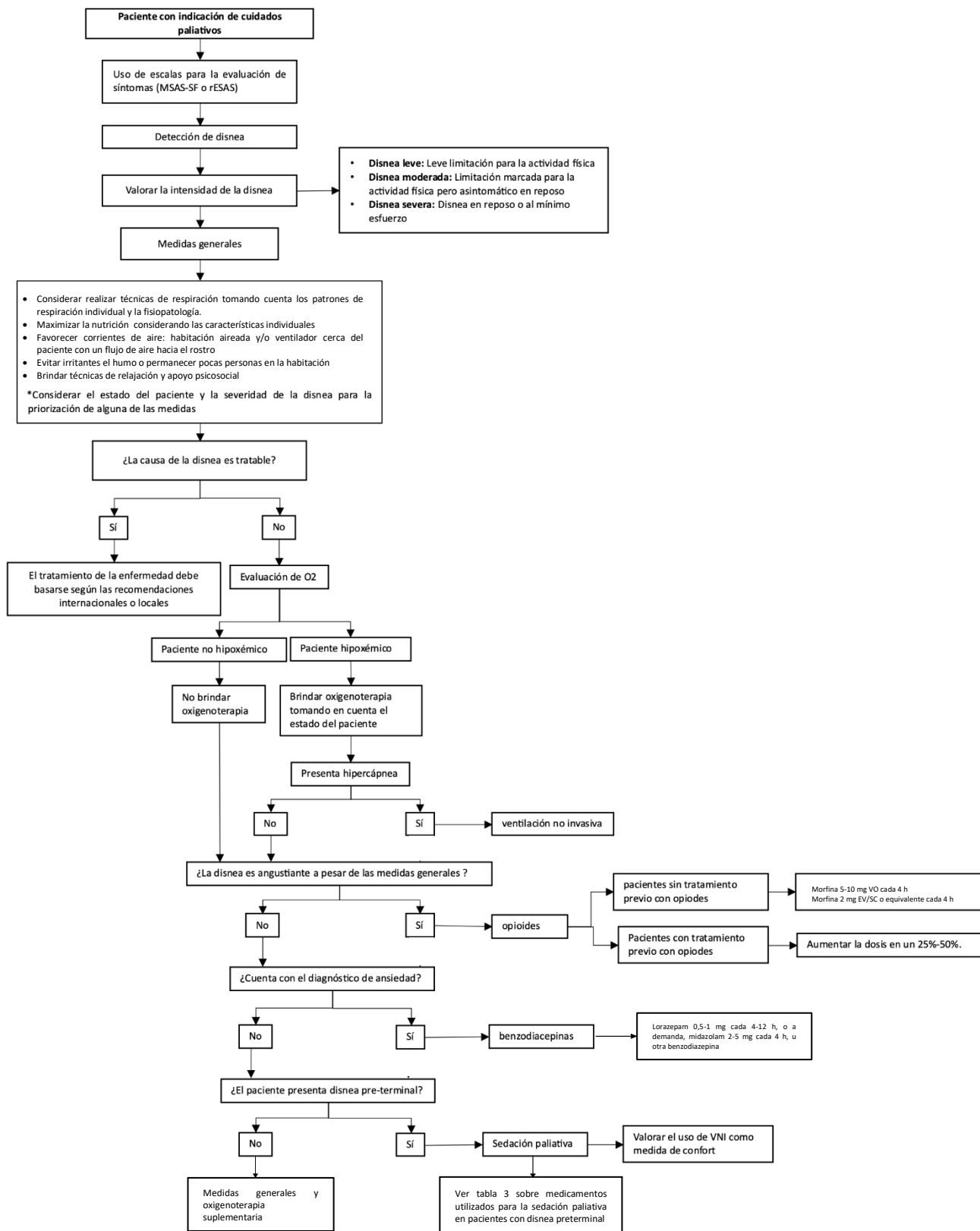
Correo electrónico: lourdes.carrera@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953 – 1978

LINEAMIENTOS CLÍNICOS PARA EL MANEJO DOMICILIARIO DE DISNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

I. Flujograma

Flujograma 1. Manejo domiciliario de disnea en pacientes con enfermedad terminal



*VO: vía oral; VNI: ventilación mecánica no invasiva; MSAS-SF: Evaluación de síntomas Memorial; rESAS: Escala revisada de Evaluación de Síntomas de Edmonton

II. Generalidades

a. Introducción

Los cuidados paliativos constituyen a los procedimientos para mejorar la calidad de vida en los pacientes con enfermedades potencialmente mortales (1). En este caso dichos procedimientos se enfocan de manera multidisciplinaria en los principales síntomas que aquejan a los pacientes terminales.

La disnea es un síntoma subjetivo, definido como la dificultad respiratoria que se origina a partir de la interacción de factores fisiológicos, psíquicos, sociales y ambientales en el individuo. En los pacientes terminales, es un síntoma frecuente, con prevalencias que varían desde el 55% al 70% (2).

Estudios han evidenciado que la disnea genera un importante cuadro de angustia en el paciente que lo percibe; sin embargo, en muchos casos, el alivio sintomático satisfactorio de esta se llega a lograr en menor medida, comparado con otros síntomas frecuentes en pacientes terminales (3).

b. Objetivo y población

- **Objetivo:**
 - Establecer lineamientos clínicos basados en evidencia para el adecuado manejo domiciliario de la disnea en los pacientes con enfermedad terminal que se encuentren en cuidados paliativos.
- **Población objetivo**
 - Adultos asegurados a EsSalud que por su condición clínica de pacientes con enfermedad terminal se encuentren en cuidados paliativos, requiriendo de manejo domiciliario de la disnea.

c. Usuarios y ámbito

- **Usuarios**
 - El presente documento tiene como ámbito a las prestaciones de salud realizadas en el contexto domiciliario, específicamente las prestaciones realizadas por el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y por el programa de control post hospitalario especializado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (COPHOES) y del Hospital Alberto Sabogal Sologuren (COPOHES), perteneciente a EsSalud.
- **Ámbito**
 - Profesionales de la salud pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y por el programa de control post hospitalario especializado del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (COPHOES) y del Hospital Alberto Sabogal Sologuren (COPOHES) - EsSalud que brindan prestaciones de salud domiciliaria.

III. Metodología

Búsqueda y selección de protocolos y guías

Se realizó una búsqueda sistemática hasta agosto del 2021 sobre los lineamientos, guías de práctica clínica (GPC), y protocolos que aborden el manejo de disnea en pacientes con enfermedad terminal. Se incluyó únicamente a aquellas GPC o protocolos que cumplan con los siguientes criterios:

- Documentos que haya sido realizados por instituciones de salud reconocidas.

- Cuenten con una versión a texto completo en el idioma inglés o español

Los detalles de la estrategia de búsqueda, buscador o repositorio en los que se realizó la búsqueda, y selección de los documentos se detallan en el **Anexo N° 01**.

Formulación de los lineamientos clínicos

Para la formulación de los lineamientos clínicos se revisaron y resumieron los documentos gubernamentales encontrados para ser adaptados al contexto del seguro social de salud, EsSalud. Además, se tomó en cuenta los protocolos y artículos científicos publicados sobre las terapias para el manejo de disnea en pacientes terminales, pronunciamientos de sociedades científicas, u otra información científica encontrada en búsquedas no sistemáticas, o recomendadas por expertos clínicos para fortalecer el cuerpo de evidencia de los lineamientos clínicos. Luego, se presentó esta información a un grupo de expertos clínicos, quienes evaluaron, discutieron, validaron y consensuaron las recomendaciones finales.

Por último, los lineamientos finales fueron resumidos mediante un flujograma de manejo.

IV. Resultados de la búsqueda de lineamientos y resumen de las recomendaciones

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron seis (06) documentos que cumplieron los criterios de inclusión. Las características de los documentos se detallan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características de los lineamientos gubernamentales incluidos.

Institución	Título	País o región	Año de publicación o última actualización
American Society of Clinical Oncology (4)	Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline	Estados Unidos	2020
European Society for Medical Oncology (5)	Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines	Suiza	2020
Unidad de Cuidados Paliativos (6)	Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos	España	-
Instituto Mexicano del Seguro Social (7)	Cuidados paliativos en pacientes adultos	México	2017
Japanese Society for Palliative Medicine (8)	Treatment recommendations for respiratory symptoms in Cancer Patients: Clinical Guidelines from the Japanese	Japón	2016

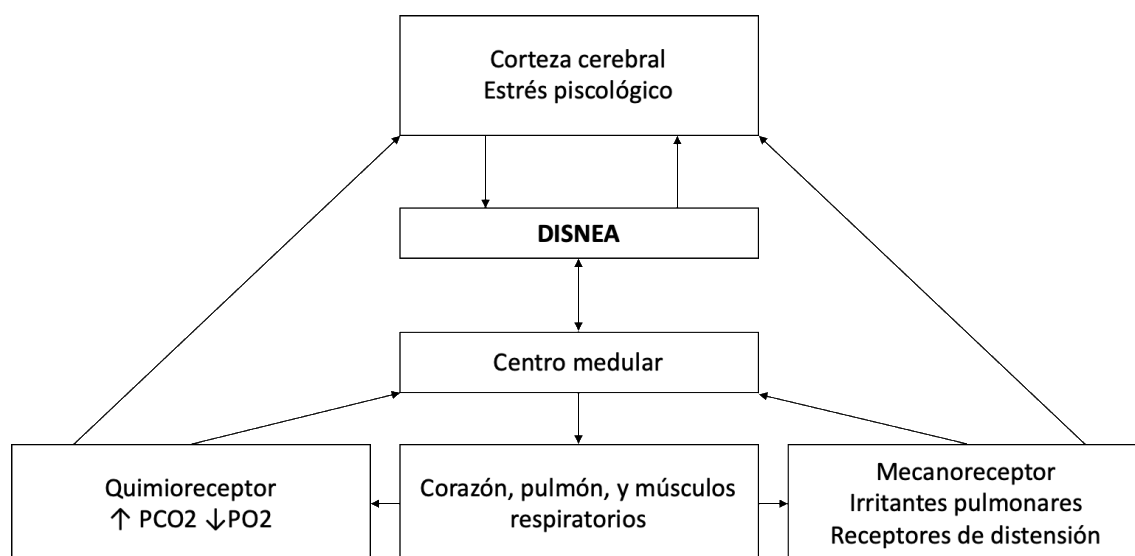
	Society for Palliative Medicine		
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (9)	Guía de cuidados paliativos	España	-

V. Desarrollo de los lineamientos clínicos

Evaluación de la disnea

- La detección de la disnea será realizada con alguna herramienta de evaluación de síntomas, como la versión corta de la escala de evaluación de síntomas Memorial (MSAS-SF) (10) o la escala revisada de Evaluación de Síntomas de Edmonton (rESAS) (11) **(ver Anexo 2)**.
 - La elección de la escala para la detección de la disnea va a depender de la experiencia y accesibilidad del médico tratante
- Se debe realizar la evaluación integral de la disnea antes de tratar la misma, con el fin de entender el mecanismo fisiopatológico (4, 9). Esta evaluación integral considerará características como el tiempo de presentación, situaciones que la incrementan o disminuyen, y sus variaciones según la posición que adopta el paciente.
 - Se debe identificar causas subyacentes para el desarrollo de la disnea como la insuficiencia cardíaca, la exacerbación de la EPOC y el asma, el broncoespasmo, las arritmias cardíacas, la anemia, el derrame pleural o pericárdico, etc. (6)
 - Se debe diagnosticar factores psicológico contribuyentes a la disnea, como la ansiedad, la depresión, y el dolor no controlado (7)
 - Dentro del enfoque multidimensional se debe valorar el impacto de la disnea en la vida diaria del paciente, así como, su desempeño y funcionalidad.

Figura 1. Mecanismos fisiopatológicos de la disnea



Adaptado de Guías de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid

- La disnea es subjetiva y no tiene que ser relacionada con los hallazgos en la exploración respiratoria, como taquipnea, sibilancias o el uso de los músculos respiratorios (12).
 - Las pruebas de laboratorio y los estudios por imágenes no son útiles para detectar la presencia o gravedad de la disnea. Sin embargo, tales pruebas pueden ayudar a identificar la causa subyacente de la disnea (6).
 - La evaluación y monitoreo de la disnea es mediante el auto reporte del paciente.
- El médico debe valorar la intensidad de la disnea según el relato del paciente, pudiendo optarse su evaluación con la escala visual analógica (6). **(ver Anexo 3)**
 - En caso de que se haya identificado ansiedad/depresión en el paciente con disnea, se recomienda tranquilizar al paciente antes de valorar la intensidad de la misma (7).

Tabla 1. Clasificación de la disnea

Clasificación de la disnea según severidad	
Clasificación	Definición
Disnea leve	Leve limitación para la actividad física
Disnea moderada	Limitación marcada para la actividad física pero asintomático en reposo
Disnea severa	Disnea en reposo o al mínimo esfuerzo
Clasificación de la disnea según persistencia de los síntomas	
Clasificación	Definición
Disnea aguda	Dificultad para respirar con menos de un mes de duración
Disnea crónica	Dificultad para respirar con más de un mes de duración
Disnea refractaria	Dificultad respiratoria que persiste en reposo o con actividad mínima a pesar de terapia óptima de la condición subyacente

- El paciente y la familia deben estar informado sobre la causa de la disnea y las medidas terapéuticas a aplicar, en términos de que el paciente pueda comprender su estado (9).

Medidas generales

- El tratamiento de las enfermedades subyacentes causantes de la disnea debe basarse según las recomendaciones internacionales o locales de las instituciones de salud(4).
- Se debe tener un enfoque multidisciplinario de la disnea, con el objetivo de abordar los factores fisiopatológicos, desde la producción de la disnea hasta la percepción e interpretación de la disnea (5).
- En todos los casos, el paciente debe estar monitoreado, por lo que no se le debe dejar solo.
- Las medidas generales de apoyo utilizadas para aliviar la sensación de la dificultad para respirar deben ser indicadas tomando en cuenta la severidad de la disnea y el estado del paciente. Estas medidas son las siguientes (4, 5):
 - Considerar realizar técnicas de respiración tomando cuenta los patrones de respiración individual y la fisiopatología. Dentro de las técnicas más comunes se encuentran la respiración con los labios fruncidos, para producir presión para

sostener las vías respiratorias y mejorar el flujo espiratorio, la respiración diafragmática, para reducir el uso de músculos accesorios, y el control de la respiración (respiración cronometrada), para normalizar la frecuencia respiratoria.

- Maximizar la nutrición considerando las características individuales del paciente mediante un abordaje multidisciplinario de la desnutrición, para permitir un plan escalonado, que satisfaga las necesidades nutricionales específicas y dirigidas en las diferentes etapas de cada enfermedad.
- Favorecer corrientes de aire: habitación aireada y/o ventilador cerca del paciente con un flujo de aire hacia el rostro
- Evitar irritantes el humo o permanecer pocas personas en la habitación
- Brindar técnicas de relajación y apoyo psicosocial

Tratamiento de la enfermedad subyacente

- El tratamiento de la enfermedad subyacente debe tener en cuenta el pronóstico, estado funcional, y la expectativa de vida del paciente
- En pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), se debe seguir los tratamientos propios de la enfermedad según lo mencionado en guías de práctica clínica (13, 14), como el uso de terapia broncodilatadora.
 - Se debe considerar la rehabilitación pulmonar, que incluye ejercicios respiratorios, apoyo psicosocial, terapia nutricional, y estrategias de autocontrol, para la tolerancia a los esfuerzos y los parámetros psicológicos en los pacientes con EPOC (13).
 - La rehabilitación pulmonar puede no ser apropiada para pacientes con una corta esperanza de vida (13).
- Para pacientes con disnea debido a la obstrucción de las vías respiratorias centrales por un tumor, los glucocorticoides sistémicos pueden reducir el tamaño del tumor y mejorar el flujo de aire (8).
- En pacientes con insuficiencia cardíaca la diuresis puede ser beneficiosa para reducir la congestión pulmonar en pacientes disneicos con insuficiencia cardíaca terminal (4).
- El tratamiento sintomático de la carcinomatosis linfagítica puede incluir diuréticos y glucocorticoides con el objetivo de evitar la sobrecarga de volumen (8).
- En caso de derrames pleurales malignos, además del tratamiento de la neoplasia maligna subyacente, se puede incluir la indicación de una toracentesis terapéutica, colocación de un catéter pleural permanente, pleurodesis y, en algunos casos, derivación pleuroperitoneal (8).
- En pacientes con COVID-19 en estado crítico, el manejo de la enfermedad y los cuidados paliativos de la disnea deben ir acorde a lo reportado en la “Guía de Práctica Clínica: Manejo de COVID-19” (15), los documento sobre las “Recomendaciones clínicas para cuidados paliativos en pacientes con covid-19 hospitalizados en áreas no UCI” (16) y “Recomendaciones clínicas para la atención domiciliaria de pacientes con COVID-19” (17) del Seguro Social de Salud.

Disnea crónica

- El tratamiento para la disnea crónica está dirigido al alivio de los síntomas. En pacientes hipoxémicos (saturación de oxígeno de pulso $\leq 90\%$) se debe brindar oxígeno suplementario (4, 8)

- El tipo de oxigenoterapia a utilizar dependerá del estado y oxigenación del paciente (8).
- El uso de la cánula nasal de alto flujo debe estar reservada en pacientes con hipoxemia refractaria a la oxigenoterapia estándar (4, 8).
- En pacientes no hipoxémicos no se ha demostrado que el oxígeno suplementario mejore la disnea en comparación con el aire ambiente (8).
- Para pacientes con enfermedades avanzadas que tienen disnea angustiante a pesar de las medidas generales mencionadas anteriormente recomendamos el uso de opioides sistémicos, utilizando como primera línea la morfina o fentanilo, seguida de la oxycodona (5, 8).
 - En pacientes sin tratamiento previo con opioides y disnea se recomienda utilizar morfina VO/SC/EV (6).
 - En pacientes con disnea y consumidores de opioides en primera instancia se debe realizar un ajuste de la dosis, aumentando la dosis regular en aproximadamente un 25-50% de la dosis total, para ser dosificada cada 4 horas (6).
 - En todo paciente que se ha iniciado el tratamiento con opioides se debe controlar la frecuencia respiratoria con el objetivo de identificar precozmente la depresión respiratoria a causa de opioides.
- En todos los casos se debe vigilar los efectos secundarios de los fármacos indicados, como los opioides, a fin de tratar la constipación y náuseas producidos por el consumo de los mismos.
- La ansiedad puede contribuir a la disnea, y el tratamiento de la ansiedad puede ayudar a aliviarla (7, 12).
 - Para los pacientes con disnea acompañada de ansiedad, se recomienda utilizar benzodiazepinas como terapia complementaria (12).

Tabla 2. Fármacos para el manejo de la disnea

Fármacos de primera línea	Fármacos adyuvantes
Pacientes con tratamientos con opioides: aumentar la dosis en un 25%-50%.	Clorpromazina: 7,5-25 mg VO o SC cada 6-8 h, o a demanda.
Pacientes sin tratamientos con opioides: Morfina 5-10 mg VO cada 4-6 h Morfina 2,5-5 mg EV/SC o equivalente cada 4 h Oxicodona 2,5-5 mg VO cada 4 h.	Benzodiazepinas (si presenta ansiedad o pánico asociado a la disnea): lorazepam 0,5-1 mg cada 4-12 h, o a demanda, midazolam 2-5 mg cada 4 h, u otra benzodiazepina

Adaptado de Guías de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos – Unidad de Cuidados Paliativos

- La acupuntura puede ser una opción razonable para los pacientes que están interesados en probar esta modalidad para mejorar la disnea (4).
- Los glucocorticoides no debe usarse de forma rutinaria sin tener en cuenta la etiología de la disnea (8).

Hipercapnia crónica

- Los pacientes con hipercapnia debido a una ventilación inadecuada, se pueden beneficiar de la ventilación no invasiva (VNI) (8), principalmente en exacerbaciones de la EPOC, hipoxemia por edema pulmonar cardiogénico, insuficiencia respiratoria hipoxémica, inmunosupresión, y en pacientes con trastornos neuromusculares avanzados como la esclerosis lateral amiotrófica.

Disnea preterminal

- En los pacientes con disnea preterminal se prefiere el uso de opioides de acción corta (6, 9).
- Entre los pacientes al final de la vida, la disnea a veces causa angustia grave que no se puede aliviar con medidas estándar. En tales casos, el uso de sedación paliativa proporcional al alivio del sufrimiento, incluidas las dosis ajustadas para lograr la inconsciencia si es necesario, es una estrategia aceptada (4, 7).

Tabla 3. Medicamentos utilizados para la sedación paliativa en pacientes con disnea preterminal

Agente	Dosificación (adulto)	Ventajas/Desventajas en la sedación paliativa
Benzodiazepinas		
Midazolam	<p>Agudo: 1 a 5 mg EV cada 5 a 15 minutos según sea necesario hasta que esté tranquilo.</p> <p>Infusión continua: Inicialmente 1 mg/hora EV o SC y luego 0,5 a 5 mg por hora. *Es posible utilizar dosis de hasta 20 mg/hora.</p> <p><i>Dosis máxima: 240 mg/día</i></p>	<p>*Primera línea de tratamiento</p> <p>Ventajas: Inicio rápido. Soluble en agua y compatible con la mayoría de los medicamentos administrados por infusión subcutánea continua. Potente sedante y ansiolítico, útil para el control de convulsiones, espasmos musculares, náuseas, vómitos y prurito central intratable.</p> <p>Desventajas: Riesgo de agitación paradójica y delirio. Riesgo de apnea con grandes dosis individuales en combinación con opioides o si hay un bajo gasto cardíaco. La acumulación, la sedación prolongada y la tolerancia pueden ocurrir después de varios días de uso continuo.</p>
Lorazepam	<p>Intermitente: 1 a 4 mg EV cada 2 a 6 horas o 1 a 2 mg SQ cada 6 a 8 horas.</p> <p>Infusión continua: 0,01 a 0,1 mg/kg/hora EV o SC. *Es posible utilizar hasta 10 mg/hora.</p> <p><i>Dosis máxima: 5 mg /día</i></p>	<p>*Alternativa al midazolam para pacientes que probablemente requieran un período más largo de sedación o que reciban atención donde no se disponga de infusión continua de midazolam.</p> <p>Ventajas: Potente sedante y ansiolítico también útil para el control de convulsiones (IV/SC), espasmos musculares, náuseas y vómitos. El inicio prolongado y la duración del efecto pueden permitir el manejo con inyecciones intermitentes.</p> <p>Desventajas: Inicio relativamente lento. Riesgo de sobre-sedación al ajustar la dosis debido a un retraso en la respuesta. Riesgo de agitación y delirio paradójicos. Incompatibilidades entre la infusión subcutánea continua y la forma de</p>

		administración IV, riesgo de precipitado de línea, lesión tisular, y flebitis.
Antipsicóticos		
Levomepromazina	<p>Dosis de carga inicial: 12,5 a 25 mg SC, IM o EV.</p> <p>Infusión continua: 2 a 3 mg/hora SC; dosis efectiva habitual de 50 a 300 mg diarios.</p> <p>Intermitente: 6,25 mg SC cada hora según sea necesario con dosis de base de 12,5 a 25 mg diarios en 1 o 2 dosis divididas.</p> <p><i>Dosis máxima: 300 mg/día</i></p>	<p>*Primera línea de tratamiento</p> <p>Ventajas: Sedante, analgésico y ansiolítico efectivo con inicio rápido y útil para el control de náuseas, vómitos, delirio y agitación.</p> <p>Desventajas: Efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática cuando se realiza administración intravenosa rápida, acatisia, reacciones distónicas agudas, convulsiones y cardiotoxicidad asociada con la prolongación del QT.</p>
Clorpromazina	<p>Intermitente: 12,5 a 25 mg EV o IM cada 4 a 12 horas.</p> <p>Infusión continua: 3 a 5 mg/hora EV. Dosis efectiva habitual de 37,5 a 150 mg diarios (parenteral).</p> <p><i>Dosis máxima: 300 mg/día</i></p>	<p>*Alternativa antipsicótica sedante en entornos donde la levomepromazina no está disponible.</p> <p>Ventajas: Sedante efectivo y ansiolítico con inicio rápido; también útil para el control del delirio, agitación, náuseas, vómitos e hipo intratable.</p> <p>Desventajas: Efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática (que puede ser grave) con administración intravenosa rápida, acatisia, reacciones distónicas agudas, convulsiones y cardiotoxicidad asociada con la prolongación del QT.</p>
Barbitúrico		
Fenobarbital	<p>Dosis de carga inicial: 1 a 3 mg/kg EV o IM (100 a 200 mg); repetir después de 30 minutos si es necesario.</p> <p>Perfusión continua: 0,5 mg/kg/hora EV o SC (800 mg diarios); puede aumentar si es necesario hasta 2400 mg diarios.</p> <p><i>Dosis máxima: 20 mg/kg/día</i></p>	<p>*Segunda línea para la agitación refractaria en pacientes que no han respondido adecuadamente a dosis completas de midazolam con levomepromazina o clorpromazina.</p> <p>Ventajas: Proporciona sedación efectiva a los pacientes que han desarrollado tolerancia extrema a las benzodiazepinas y los antipsicóticos; controla las convulsiones refractarias. La dosis de mantenimiento puede administrarse mediante infusión subcutánea continua.</p> <p>Desventajas: Emoción paradójica, especialmente entre los adultos</p>

		mayores. Otros efectos adversos incluyen hipotensión, bradicardia, náuseas, vómitos y reacciones alérgicas cutáneas graves. El fenobarbital aumenta el metabolismo de los medicamentos y puede disminuir las concentraciones séricas de otros medicamentos. No debe suspenderse abruptamente debido a la aparición de convulsiones de rebote.
--	--	---

- Si bien la VNI en el entorno paliativo sigue siendo un área controvertida de la práctica clínica, el médico puede optar su uso en pacientes con disnea grave que han decidido renunciar a las terapias que prolongan su vida y en quienes se aplica sólo medidas de confort (4).

VI. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de Salud [Internet]. Ginebra: 2020; OMS [citado 27 set 2021] Cuidados paliativos [Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>].
2. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159(1):321-40.
3. Carvajal-Valdy G, Ferrandino-Carballo M, Salas-Herrera I. Manejo paliativo de la disnea en el paciente terminal. Acta Médica Costarricense. 2011;53:79-87.
4. Hui D, Bohlke K, Bao T, Campbell TC, Coyne PJ, Currow DC, et al. Management of Dyspnea in Advanced Cancer: ASCO Guideline. Journal of Clinical Oncology. 2021;39(12):1389-411.
5. Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, Ekström M, Simon ST, Ogliari AC, et al. Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines(†). ESMO Open. 2020;5(6):e001038.
6. Unidad de Cuidados Paliativos. Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. In: Agencia de Calidad del SNS, editor. España: Sistema Nacional de Salud.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos en pacientes adultos. In: Instituto Mexicano del Seguro Social, editor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2017.
8. Yamaguchi T, Goya S, Kohara H, Watanabe H, Mori M, Matsuda Y, et al. Treatment Recommendations for Respiratory Symptoms in Cancer Patients: Clinical Guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine. J Palliat Med. 2016;19(9):925-35.
9. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guías de Cuidados Paliativos. In: SECPAL, editor. España: SECPAL.
10. Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, Buz J, Cortés-Rodríguez M, Martín-Nogueras AM. Construct Validity of the Spanish Versions of the Memorial Symptom Assessment Scale Short Form and Condensed Form: Rasch Analysis of Responses in Oncology Outpatients. J Pain Symptom Manage. 2018;55(6):1480-91.
11. Carvajal Valcárcel A, Martínez García M, Centeno Cortés C. Versión española del *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS): un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. Medicina Paliativa. 2013;20(4):143-9.
12. Comunidad de Madrid. Guías de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. In: Consejería de Sanidad, editor. España: Comunidad de Madrid.
13. Blackstock FC, Lareau SC, Nici L, ZuWallack R, Bourbeau J, Buckley M, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease Education in Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society/Thoracic Society of Australia and New Zealand/Canadian Thoracic Society/British Thoracic Society Workshop Report. Ann Am Thorac Soc. 2018;15(7):769-84.
14. Asthma Gf. Diagnosis and initial treatment of asthma COPD and Asthma-COPD overlap. USA: GINA; 2021.

15. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica: Manejo de COVID-19. In: IETSI, editor. Lima: EsSalud; 2021.
16. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para cuidados paliativos en pacientes con COVID-19 hospitalizados en áreas no UCI. In: IETSI, editor. Lima: EsSalud; 2020.
17. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Recomendaciones clínicas para la atención domiciliar de pacientes con COVID-19. In: IETSI, editor. Perú2021.

VII. Anexos

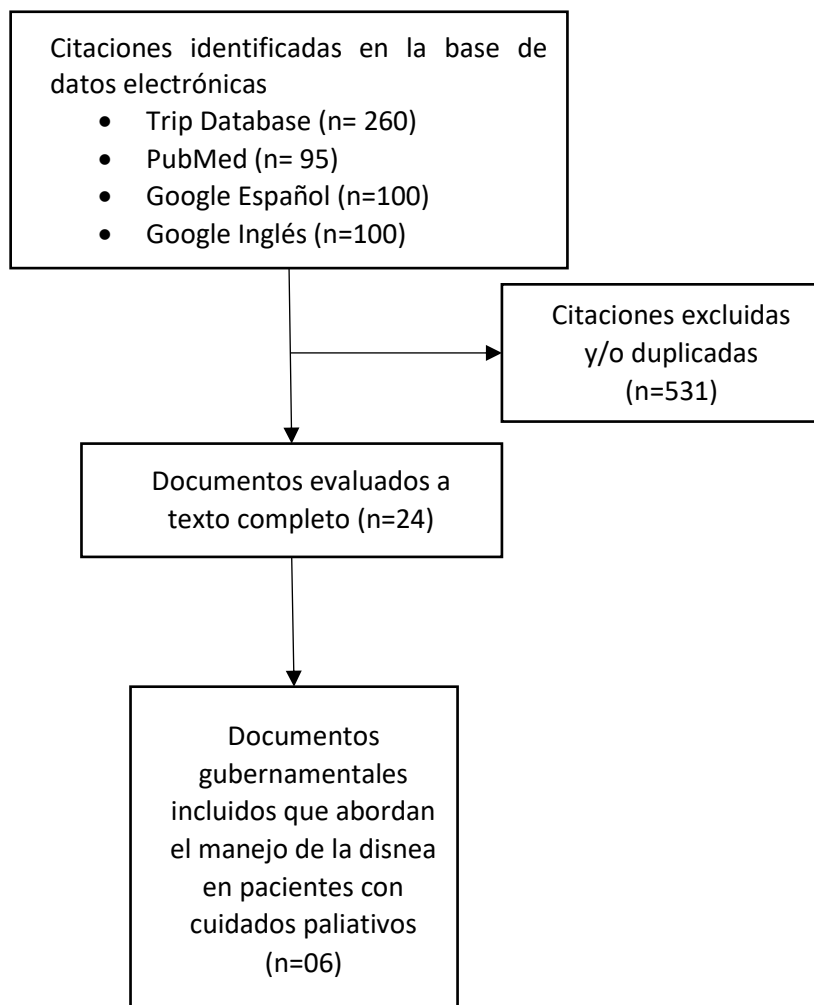
Anexo N°01: Búsqueda y selección de protocolos lineamientos o documentos técnicos gubernamentales

Estrategia de búsqueda

El 16 de agosto del 2021 se buscaron lineamientos, guías de práctica clínica, protocolos que aborden el manejo de disnea en pacientes con enfermedad terminal, y que cumplan los criterios de inclusión mencionados previamente. A continuación, se presentan las estrategias de búsqueda y buscadores o repositorios utilizados:

Buscador o repositorio	Términos de búsqueda	Observaciones o filtros
Trip Database	<ul style="list-style-type: none"> Dyspnea AND Palliative care 	Se utilizaron los filtros "Guidelines" y "a partir del 2016"
PubMed	(guidelines[TIAB] OR protocol[TIAB] OR recommendation[TIAB] OR "Guideline" [Publication Type]) AND ("Dyspnea"[Mesh]OR Dyspnea[TIAB] OR "Shortness of Breath"[TIAB] OR "Breath Shortness"[TIAB]OR "Breathlessness"[TIAB]) AND ("Palliative Care"[Mesh] OR "Palliative Medicine"[Mesh]OR (Palliative[TIAB] AND (Treatment*[TIAB] OR care[TIAB])))	Filtro de año a partir del 2016
Google Español	<ul style="list-style-type: none"> Disnea AND cuidados paliativos 	Se revisaron los 100 primeros resultados
Google Inglés	<ul style="list-style-type: none"> Dyspnea AND Palliative care 	Se revisaron los 100 primeros resultados

Flujograma del proceso de búsqueda



Anexo N°02: Escalas para la valoración de los síntomas de la disnea

Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)

Nombre del paciente:
Fecha:
Hora:

Por favor, marque el número que mejor describa cómo se siente AHORA:

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor posible
Sin cansancio (Cansado = falta de energía)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor cansancio posible
Sin somnolencia (Somnolencia = sensación de sueño)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor somnolencia posible
Sin nauseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Peores nauseas posibles
Sin falta de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor falta de apetito posible
Sin dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor dificultad para respirar posible
Sin depresión (Depresión = sentirse triste)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor depresión posible
Sin ansiedad (Ansiedad = sentirse nervioso)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor ansiedad posible
El mejor bienestar (Bienestar = cómo te sientes en general)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor bienestar posible
No _____ Otro problema (por ejemplo, estreñimiento)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible _____

Escala de evaluación de síntomas conmemorativos - Formulario corto [MSAS-SF]

A continuación se muestra una lista de síntomas. Si tuvo el síntoma DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, marque "sí" y, de ser así, describa cuánto lo AFECTÓ o MOLESTÓ

Marque todos los síntomas que ha tenido durante la ÚLTIMA SEMANA.	Sí	De haber marcado "sí", marque la casilla que describa cuánto lo AFECTÓ o MOLESTÓ				
		Para nada (0)	Un poco (1)	Algo (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
Dificultad para concentrarse						
Dolor						
Falta de energía						
Tos						
Cambios en la piel						
Boca seca						
Nauseas						
Somnolencia						
Problemas para orinar						
Vómitos						
Dificultad para respirar						
Diarrea						
Sudoración						
Úlcera en la boca						
Problemas con el interés o la actividad sexual						
Picazón						
Falta de apetito						
Mareo						
Dificultad para tragar						
Cambio en el sabor de la comida						
Pérdida de peso						
Pérdida de cabello						
Constipación						
Hinchazón de brazos o piernas						
"No me parezco a mí mismo"						
Si tuvo otros síntomas durante la ÚLTIMA SEMANA, indíquelos a continuación e indique en qué medida el síntoma lo AFECTÓ o MOLESTÓ.						
1.						
2.						

A continuación se muestran otros síntomas que se enumeran comúnmente. Indique si ha tenido el síntoma DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA y, de ser así, con qué frecuencia ocurrió.

Marque todos los síntomas que ha tenido durante la ÚLTIMA SEMANA.	Sí	En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia ocurrió?			
		Raramente (0)	Ocasionalmente (1)	Frecuentemente (2)	Casi constantemente (3)
Sentirse triste					
Preocupado					
Sentirse irritable					
Sentirse nervioso					

Interpretación de puntaje de escala

0	Si el síntoma está ausente
1	Si el síntoma está presente y ocurre raramente
2	Si el síntoma está presente y ocurre ocasionalmente
3	Si el síntoma está presente y ocurre con frecuencia
4	Si el síntoma está presente y ocurre casi constantemente.

Anexo N°03: Escala visual analógica

