



**REVISIÓN RÁPIDA
DE MANEJO DOMICILIARIO DE DOLOR
EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO
ONCOLÓGICA**

Diciembre 2023

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

María Elena Aguilar Del Águila

Presidente Ejecutivo, EsSalud

Roland Alex Iparraguirre Vargas

Gerente General (e), EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN – IETSI

Juan Alberto Santillana Callirgos

Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Karina Roxana Cabrera Toro

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Edgard Juan Coila Paricahua

Gerente (e) de la Dirección de Investigación en Salud

Vladimir Ernesto Santos Sánchez

Gerente de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Johanna Elizabeth Martins Luna

Directora – Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Grupo elaborador

- Berenguel Cook, María Del Rosario Elena. Clínica Oncosalud
- Buendia Molina, Daniel Andrés. Clínica Oncosalud
- Echegaray Castro, Katia Ninoska. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Escalante López, Esther Angélica. Hospital Policial Geriátrico “San José”
- Pérez Agüero, Carolina. Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara"
- Ramos Alarcón, Jeanne Nadia. Hospital Nacional Cayetano Heredia. MINSA
- Che Hidalgo, Elizabeth. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud
- Cuba Zanabria, Alexander. Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador. EsSalud
- Lucana Masías, Mónica Grisell. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- López Valdez, Susana Lily. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- Manrique Hipólito, Karla Lucía. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- Rosas Ramos, Cinthia Mercedes. Subgerencia de Atención Domiciliaria. EsSalud
- Salas Alarcón, Ibis Karina. Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. EsSalud
- Rivera Torrejón, Oscar Orlando. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. IETSI, EsSalud.
- Vladimir Ernesto Santos Sánchez. 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. Revisión rápida de manejo domiciliario de dolor en pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica. Lima: EsSalud; 2023”.

Datos de contacto

Vladimir E. Santos Sánchez

Correo electrónico: instituto.ietsi@gmail.com

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

Contenido

Introducción	5
Objetivo	6
Ámbito	6
Población objetivo	6
Población usuaria	6
Metodología	6
Identificación de situaciones clínicas	6
Búsqueda y selección de protocolos y guías	6
Evaluación de la calidad	7
Evaluación de la aplicabilidad y contextualización	9
Determinación de material requerido, información para familiares, indicadores, implementación	10
Conceptos Generales	11
Revisión rápida para el manejo domiciliario del dolor en pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica avanzada	15
Código CIE-10	15
Código CIE-11	15
Definiciones	15
Manejo	16
Criterios de Referencia	24
Flujograma de manejo	25
Información para pacientes, familiares y/o acompañantes	26
Indicadores trazadores	26
Consideraciones de Implementación	26
Bibliografía	27
Anexos metodológicos	29

REVISIÓN RÁPIDA DE MANEJO DOMICILIARIO DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA ONCOLÓGICA Y NO ONCOLÓGICA

Introducción

La atención domiciliar es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales (1). La OMS indica que los cuidados paliativos en domicilio deben ser brindados a personas con problemas de salud crónicos que limitan la vida, como el cáncer, enfermedades cardíacas, renales y respiratorias avanzadas, VIH / SIDA y trastornos neurológicos crónicos, en el hogar donde vive el paciente (2). Constituye un recurso que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente mediante la prevención y el alivio del sufrimiento involucrando a la familia en este proceso.

Los cuidados paliativos se centran en la evaluación experta, el manejo de síntomas, la evaluación y el apoyo de las necesidades del cuidador, así como la coordinación de la atención. Es un enfoque de atención centrado en la persona y la familia que brinda a los pacientes el alivio de síntomas y estrés, propios de una enfermedad terminal que trae consigo consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, prácticas y espirituales. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida no solo del paciente, sino también de la familia (3).

En la actualidad, cada vez más se enfatiza en la práctica clínica basada en evidencias y en la calidad de los servicios, dos temas sumamente relacionados y pilares fundamentales en la generación de derechos ciudadanos. Estos elementos son transversales en la organización y prestación de servicios de salud con mejores estándares de atención, que permitan no solo brindar una atención de calidad, sino también contribuir a mejorar la salud de las personas y optimizar los recursos institucionales.

Por ello, una herramienta fundamental para este propósito son los documentos de gestión clínica que permiten, basados en la mejor evidencia disponible, orientar la práctica clínica a mejorar resultados en salud y a la vez ser más eficientes con los recursos con los que se cuenta. Estos documentos pueden ser guías de práctica clínica, guías de procedimientos asistenciales, protocolos asistenciales o vías clínicas. En ese sentido, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) a solicitud del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) perteneciente a la Gerencia de Oferta Flexible han elaborado conjuntamente con especialistas en Geriátrica, anestesiología y medicina familiar, la “Revisión rápida para el manejo domiciliario de síntomas en pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica”, que abordan el manejo de las condiciones clínicas de mayor frecuencia y relevancia de los asegurados con enfermedad terminal que acceden a los servicios de PADOMI en EsSalud. Se consideran todas las intervenciones disponibles para EsSalud según el Petitorio Nacional Único de Medicamentos o con un dictamen a favor de su uso según la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de IETSI.

Objetivo

Establecer recomendaciones rápidas basadas en evidencia para el adecuado manejo domiciliario de los pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica que se encuentren en cuidados paliativos.

Ámbito

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) perteneciente a EsSalud.

Población objetivo

Adultos asegurados a EsSalud que por su condición clínica de pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica se encuentren en cuidados paliativos, requiriendo de manejo domiciliario.

Población usuaria

Profesionales de la salud pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) - EsSalud que brindan prestaciones de salud domiciliaria.

Metodología

Identificación de situaciones clínicas

El grupo de expertos y decisores de PADOMI, especialistas en geriatría, anestesiología, medicina familiar y metodólogos de IETSI, mediante una discusión sobre su magnitud, afectación de la calidad de vida y uso de recursos, decidieron actualizar la revisión rápida para el manejo de dolor en pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica.

Búsqueda y selección de protocolos y guías

Para contar con reportes basados en evidencia se ha optado por buscar guías de práctica clínica (GPC) y protocolos de calidad que aborden el manejo de dolor en pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica en el ámbito domiciliario. Estas GPC y/o protocolos, deben haber seguido una metodología basada en evidencia científica y el análisis crítico de la misma, para la elaboración de sus recomendaciones y/o reportes.

En noviembre del 2023 se actualizó la búsqueda de protocolos, guías de práctica clínica y consensos que abordan el dolor en el manejo domiciliario en pacientes con enfermedad no oncológica y oncológica avanzada a partir de enero del 2022. Se utilizaron los términos ajustados para cada uno de siguientes buscadores y bases de datos:

- Trip Database
- Pubmed
- Scopus
- Google Inglés

Del total de resultados, se revisaron el total de citas encontradas y se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Publicadas en los últimos 5 años
- Abordaje de la condición de interés
- Idioma inglés o español
- Acceso completo al documento
- Brinda recomendaciones, indicaciones, o un flujograma para el manejo domiciliario del síntoma de interés
- Presenta metodología explicando cómo se llegó a formular sus recomendaciones.

Evaluación de la calidad

Todos los documentos que cumplieron los criterios de inclusión fueron evaluados según su calidad metodológica. La herramienta que se utilizó para evaluar la calidad metodológica de los documentos fue el AGREE II utilizando la sección de "Rigor de evaluación". Cada evaluador determinó un valor del 1 al 7, según qué tan de acuerdo estuvieron con el enunciado. El instrumento usado se aprecia en la Tabla N°1.

Tabla N°1: Instrumento de evaluación de calidad de evidencia utilizando el AGREE-II

Dominios e ítems DOLOR	Evaluador		Promedio
	1	2	
	Puntaje: Es desde el 1 «Muy en desacuerdo» hasta el 7 «Muy de acuerdo»		
Dominio 3 -Rigor en la Elaboración			
P7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.			
P8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad			
P9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas			
P10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos			
P11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos			
P12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan			
P13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación			
P14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.			
Puntaje Total			
% Total			

La evaluación de la calidad de los documentos seleccionados lo realizaron dos evaluadores independientes utilizando la herramienta mencionada. Se consideró un documento de calidad cuando el valor global fue igual o superior a 60%.

Las estrategias de búsqueda, resultados y evaluación de calidad de cada uno de los síntomas en pacientes con enfermedad terminal se especifica en el **Anexo N°1**.

Evaluación de la aplicabilidad y contextualización

La herramienta que se utilizó para evaluar la aplicabilidad de las recomendaciones se extrajo del instrumento GLIA 2. Se usó las secciones de “Efectos del proceso en salud” e “Innovación” del instrumento GLIA 2. Cada evaluador respondió cada pregunta con *Sí, No, o No aplica (Tabla N°2)*.

Tabla N°2: Herramienta de evaluación de aplicabilidad utilizando el GLIA 2 modificado.

Dominios e ítems	Consenso de evaluadores
	Sí – No – No aplica
Sección: Efectos del proceso en salud	
¿Es factible llevar a cabo la indicación/recomendación?	
¿Es posible realizar la indicación/recomendación sin involucrar una gran cantidad de recursos?	
Sección: Innovación	
¿La recomendación/indicación puede ser realizada sin adquisición de nuevos conocimientos y habilidades?	
¿La recomendación/indicación es consecuente con las actitudes y creencias de los ejecutores de la misma?	
¿La recomendación/indicación es consecuente con las expectativas del paciente?	
Decisión final	

Se convocó a médicos expertos, del Servicio de PADOMI, especialistas en geriatría, anestesiología y medicina familiar, que estén involucrados en el manejo de dolor en pacientes con enfermedad avanzada oncológica y no oncológica, para que evalúen las orientaciones clínicas de los documentos elegidos. La finalidad de la evaluación fue conocer la aplicabilidad de las orientaciones clínicas en nuestro contexto, según las tecnologías sanitarias disponibles, los procedimientos que regularmente se realizan y la aceptabilidad por parte de la población asegurada.

Previo a la reunión, cuando fue necesario se tradujeron del inglés al español los documentos, y se diseñó un flujograma con recomendaciones, basados en los documentos elegidos.

La evaluación de la aplicabilidad de las recomendaciones de los documentos seleccionados se realizó en conjunto con los expertos llegando a un consenso en cada ocasión. Para cada recomendación se llegó a una decisión final en base a lo evaluado: Se acepta por completo, se

acepta con cambios, o no se adopta. Se tomó en cuenta la disponibilidad de recursos, las opiniones de expertos y la evidencia disponible al momento para llegar una decisión final.

Determinación de material requerido, información para familiares, indicadores, implementación

En la misma reunión de contextualización, se preguntó por todo el material médico requerido para cumplir con las recomendaciones adoptadas.

Por otra parte, se decidió que la información relevante se debe comunicar a los familiares y/o acompañantes del paciente atendido en el ámbito domiciliario. Además, se decidió por los indicadores trazadores para poder medir la aplicabilidad de las principales recomendaciones. De esta manera se evaluó la implementación de las recomendaciones una vez aprobadas y publicadas.

Finalmente, se discutió los procesos a seguir para implementar las recomendaciones en el Servicio de PADOMI – EsSalud. Se tuvo en cuenta la disponibilidad de recursos médicos y las capacitaciones al personal de salud.

En el Anexo Metodológico se detallan las estrategias de búsqueda, selección de protocolos y guías y los estudios incluidos en la revisión rápida.

Conceptos Generales

1. **Cuidados paliativos:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos (CP) como: *“un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”* (4) . La visión de los cuidados paliativos es amplia hoy en día, ya que abarca desde los cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado, donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana (5) . Sin embargo en el presente documento se abordará solamente a la población de pacientes con enfermedad terminal.
 - 2.1 **Enfermedad en fase terminal:** Se refiere al paciente oncológico que se encuentra en enfermedad avanzada terminal, con un pronóstico de vida menor a 6 meses (consenso de expertos).
 - 2.2 **Enfermedad crónica avanzada evolutiva:** Se refiere al paciente no oncológico que se encuentra en enfermedad terminal (panel de expertos). A diferencia del paciente oncológico, es conocida la dificultad que existe para determinar cuando un paciente con enfermedad avanzada no maligna entra en fase terminal. La razón principal radica en establecer criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia igual a 6 meses es estos pacientes. Debido a esta dificultad es fundamental realizar una Valoración Multidimensional Individualizada (5).
3. **Paciente agónico:** estadio de la enfermedad terminal que precede a la muerte. Se produce gradualmente, presentando un deterioro físico intenso, debilidad extrema, con alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días (5). Además, presenta enfermedad en fase terminal que presenta cambios clínicos que sugieren que está entrando a sus últimos días u horas de vida.

En el año 2004 se publicó la escala de Menten (7) y desde entonces las guías internacionales de cuidados paliativos sugieren utilizarla como herramienta para la identificación del paciente agónico mediante la presencia de determinados signos clínicos. Estos signos son los siguientes:

1. Frialdad o palidez nasal

2. Frialdad en extremidades
3. Livideces (manchas violáceas en piel)
4. Cianosis de Labios
5. Anuria (diuresis menor a 300cc/día)
6. Estertores *premortem*
7. Apneas mayores a 15 segundos en un minuto
8. Somnolencia (>15 h de sueño por día)

Al aplicar la escala, cuando un paciente cumple con al menos cuatro signos, fallecerá en las próximas 96 horas, en el 90% de los casos. Si cumple entre uno y tres criterios, se habla de situación preagónica.

4. ***Instrumento para la Identificación de Personas en situación de enfermedad terminal y necesidad de atención paliativa en Servicios de Salud (NECPAL CCOMS-ICO 3.1) (8)***

Se trata de una estrategia de identificación de enfermos con enfermedad terminal que requieren atención paliativa (Ver tabla N° 3).

La identificación de esta situación no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos.

Este instrumento puede aplicarse a:

- Paciente oncológico con enfermedad terminal
- Paciente con enfermedad pulmonar crónica avanzada evolutiva
- Paciente con enfermedad cardíaca crónica avanzada evolutiva
- Paciente con enfermedad neurológica crónica avanzada evolutiva (incluyendo accidente cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, Parkinson, enfermedad de motoneurona)
- Paciente con enfermedad hepática crónica grave evolutiva
- Paciente con enfermedad renal crónica grave evolutiva
- Paciente con demencia crónica avanzada evolutiva
- Paciente geriátrico que, a pesar de no padecer ninguna de las enfermedades antes citadas, está en situación de fragilidad particularmente avanzada
- Paciente que, a pesar de no ser geriátrico ni sufrir ninguna de las enfermedades antes citadas, padece alguna otra enfermedad crónica, particularmente grave y avanzada

Tabla N° 3. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO 3.1 (8)

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD¹ – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas	
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico	
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)	

ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)		
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC		
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,		
ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria		
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)		
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante		

Tomado de: Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO®: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia.

Resultado de identificación positiva del instrumento:

Cualquier paciente con:

- Pregunta Sorpresa (pregunta 1) con respuesta NEGATIVA, y
- Al menos otra pregunta (2, 3 ó 4) con respuesta POSITIVA, de acuerdo con los criterios establecidos.

Revisión rápida para el manejo domiciliario del dolor en pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica avanzada

Código CIE-10

Dolor, no clasificado en otra parte	R52
Dolor agudo	R52.0
Dolor crónico intratable	R52.1
Otro dolor crónico	R52.2
Dolor, no especificado	R52.9
Atención paliativa	Z51.5

Código CIE-11

Dolor crónico	MG30
Dolor primario crónico	MG30.0
Dolor crónico por cáncer	MG30.1
Otro dolor crónico especificado	MG30.Y
Dolor crónico, sin especificación	MG30.Z
Cuidados paliativos	Q898

Definiciones

- 1. Dolor:** La International Association for the Study of Pain (IASP) (9) definió formalmente el dolor como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial o que se describe como ocasionada por esa lesión. A la anterior definición la IASP añadió las siguientes consideraciones:

 - El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; el paciente es el que mejor puede informar de su dolor. La verbalización del dolor se aprende.*
 - La expresión frente a una experiencia desagradable (dolor) está modulada por el aprendizaje en el medio en el que crece el sujeto.*
 - En la experiencia dolorosa no siempre es posible determinar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.*
 - Más allá de las definiciones formales, el clínico ha de considerar que el dolor es una experiencia somato-psíquica y que, en definitiva, dolor es lo que el paciente dice que le duele*
- 2. Dolor irruptivo:** es definido como “un brote transitorio de dolor que ocurre en un contexto de un dolor basal relativamente bien controlado”, requiere una evaluación cuidadosa y un manejo adecuado. Los episodios típicos de dolor irruptivo son de intensidad moderada a severa, inicio rápido (minutos) y de duración relativamente corta (30 minutos) (10) .
- 3. Rotación de opioides/Rotación de vías:** La rotación de opioides es el proceso de sustitución de un opioide por otro para mejorar la respuesta, ya sea mejorando el alivio del dolor o reduciendo la intensidad de los efectos adversos. De modo alterno, también se puede dar la rotación de vías manteniendo el mismo opioide u otro, dependiendo de la tolerancia del paciente. También se aplica en pacientes que no pueden deglutir,

aquellos con náuseas y vómitos o aquellos al final de la vida que no pueden continuar con medicación oral debido a debilidad por lo que la administración parenteral podría ser necesaria (10).

- 4. Titulación de opioides:** La titulación es un proceso en el cual la dosis de opioides se modifica o ajusta rápidamente para lograr un alivio adecuado del dolor sin efectos secundarios (11).

Glosario de términos

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

ESMO: European Society of Medical Oncology

ASCO: American Society of Clinical Oncology

EVA: Escala visual análoga

PAINAD: Pain Assessment in Advanced Dementia

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo

AAS: Ácido acetil salicílico

GPC: Guía de práctica clínica

VO: Vía oral

EV: Endovenosa

SC: Subcutánea

Manejo

1. Generalidades

En la presente revisión rápida, se abordará el manejo del dolor en el paciente con enfermedad avanzada, con especial énfasis en el paciente oncológico. A la vez se describirá la metodología recomendada para valoración de la intensidad del dolor según escalas, lo cual, será la base para iniciar el tratamiento según la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud sobre la base de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos de Colombia y la Guía de *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief* de NICE en Reino Unido (12). Adicionalmente el panel de expertos sugirió la incorporación de la Guía de Práctica Clínica de la European Society of Medical Oncology para tratar algunos tópicos.

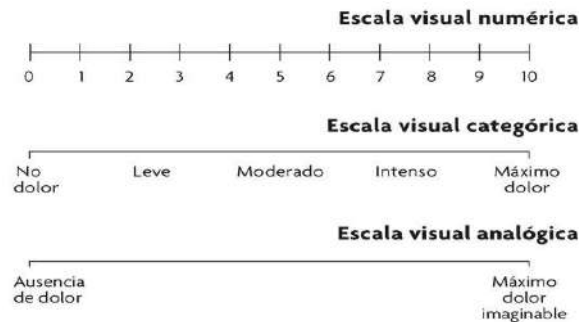
2. Valoración de la intensidad del dolor

Para los paneles de expertos de la Guía Colombiana de Cuidados Paliativos publicada en el 2016 (13), de la Guía de *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief* de NICE del 2012 (13) y la guía de la European Society of Medical Oncology (ESMO) del 2018 (10), se sugiere la escala visual análoga (EVA) para la valoración del dolor, sobre la base de su validez de contenido y constructo reportada por Caraceni et al. El panel de expertos consideró que la EVA sería una herramienta útil y adecuada para la valoración del dolor; sin embargo, en contextos clínicos se podría hacer uso de otras herramientas, como en casos de demencia o deterioro cognitivo se podría hacer uso de la escala PAINAD.

- ✓ ***Para fines de la revisión rápida del manejo ambulatorio del dolor en pacientes en fase terminal avanzada, se considerará la utilización de la EVA como***

herramienta estándar para la determinación de la intensidad del dolor, con las atenciones necesarias que considere el clínico según el contexto clínico.

Figura 1. Escala visual análoga (EVA) y sus variantes



Tomado de Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018.

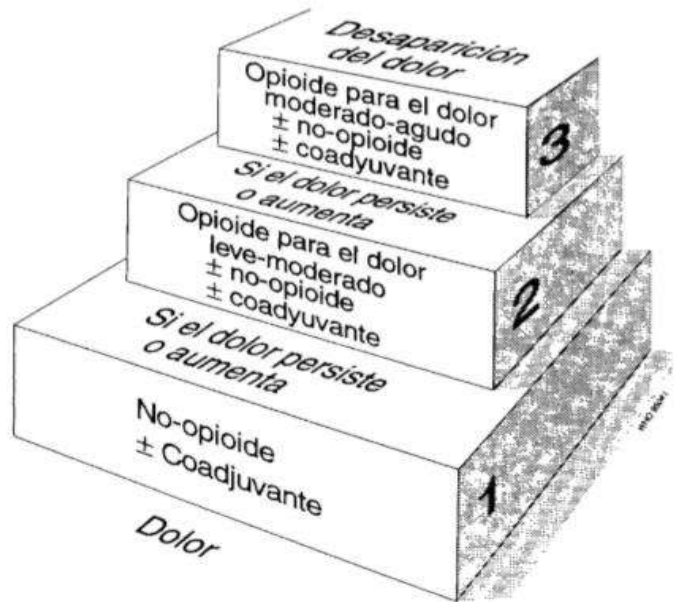
3. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud

La GPC de Cuidados Paliativos de Colombia sugiere la utilización de la escalera de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, la cual, abogó por el uso de un enfoque gradual y alentó el uso de opiáceos en el tratamiento del dolor al tiempo que estimulaba la educación sobre los beneficios y los perfiles de efectos secundarios de estos medicamentos (13).

- ✓ **Peldaño 1:** las pautas de la OMS recomiendan la administración oral inmediata de cuando se produce dolor, comenzando cuando el paciente no tiene dolor intenso, con medicamentos no opiáceos como paracetamol o aspirina, con o sin "adyuvantes", como los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
- ✓ **Peldaño 2:** si no se logra un alivio completo del dolor o la progresión de la enfermedad requiere un tratamiento más agresivo, se agrega un opioide débil como codeína o tramadol al régimen no opioide existente.
- ✓ **Peldaño 3:** si esto es o se vuelve insuficiente, un opioide débil es reemplazado por un opioide fuerte, como la morfina mientras continúa la terapia no opioide, aumentando la dosis de opioide hasta que el paciente esté libre de dolor o al máximo alivio posible sin efectos secundarios intolerables.
- ✓ **Estrategia en ascensor:** para la GPC de la ESMO 2018 (13), si la presentación inicial es un dolor intenso de moderado a severo, se debe omitir este proceso de escalonamiento y se debe iniciar inmediatamente un opioide fuerte en combinación con un analgésico no opioide.

En la presente revisión rápida, se establece la utilización de la escalera analgésica de la OMS y/o el modelo en ascensor, según sea necesario a consideración del clínico y el contexto del paciente

Figura 2. Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)



Tomado de WHO | WHO's cancer pain ladder for adults [Internet]. WHO. [cited 2019 Dec 17]. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

4. Tratamiento del dolor leve

Para el tratamiento del dolor leve, la GPC de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa (14) considera la utilización del paracetamol o de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) considerando la escalera analgésica de la OMS. No existe evidencia contundente que refute la utilización de paracetamol o AINE en el contexto del dolor leve por cáncer (10).

El GEG recomienda considerar el uso y duración del tratamiento (máximo 7 días) en pacientes con función renal y/o hepáticas disminuidas, además de pacientes adultos mayores y antecedentes de patologías gástricas. Bajo lo anteriormente descrito, considerar la rotación de medicamentos según el estado clínico del paciente para evitar reacciones no deseadas.

Tabla N° 4. Medicamentos no opioides para el alivio del dolor.

Medicamentos	Dosis estandarizada	Efectos adversos
Ácido acetilsalicílico (AAS)	500-600mg cada 4-6 horas	Irritación gástrica, dispepsia, sangre en heces
Paracetamol	500-1000mg cada 4-6 horas Dosis máxima: hasta 4g al día	Toxicidad hepática y renal
Ibuprofeno	400mg cada 4-6 horas Dosis máxima: hasta 3g al día	Menos probabilidad de efectos gastrointestinales adversos

Naproxeno	500mg inicialmente y luego 250mg cada 6-8h	Probabilidad moderada de efectos gastrointestinales
	Dosis máxima: hasta 1250mg al día	adversos

5. Tratamiento del dolor leve a moderado (10)

Para la GPC de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa (14), cuando no se logran los objetivos terapéuticos establecidos según la disminución de la intensidad del dolor en circunstancias del primer peldaño de la escalera analgésica, según las directrices de la OMS, **se debe añadir un opioide débil. En nuestro contexto, las opciones disponibles en el petitorio nacional son tramadol y codeína.**

Tramadol

Se considera restringir la dosis inicial a menos de 300 mg de tramadol por día; es decir, a menos de 50 mg equivalentes de morfina al día.

En pacientes que recién inician tramadol, el panel de expertos considera la titulación a dosis de 0,5 a 2 mg/kg/ dosis, en especial en pacientes frágiles o con insuficiencia renal o hepática, teniendo en cuenta las interacciones medicamentosas.

En pacientes antecedente de tratamiento previo con tramadol, se plantea una dosis inicial de 25 a 50mg cada 6 horas según sea necesario. La dosis se puede aumentar según sea necesario y se podría tolerar de 50 a 100 mg cada 4 a 6 horas (máximo: 400 mg/día VO o SC).

Para el tramadol subcutáneo se plantea una dosis de entre 50 y 100mg por dosis cada 4 a 6 horas. El panel de expertos sugiere la disminución del 50% de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática, renal o pacientes frágiles.

En EsSalud, dentro del Petitorio Farmacológico vigente a la fecha del presente documento, se dispone de tramadol en frasco de 10 ml de líquido oral de 100mg/ml, ampolla de 2ml de 50mg/ml y tableta de 50mg.

Codeína

En el presente documento, se considera que, en el segundo peldaño, en pacientes que no han recibido codeína previamente, el panel de expertos sugiere la titulación a dosis de 0,1mg a 1.5mg/kg/dosis. En pacientes que han recibido codeína previamente, se puede administrar en una dosis de 15 a 60 mg por dosis cada 4 horas por vía oral, en tabletas, en combinación con el paracetamol. Se debe ajustar la dosis de acuerdo con la gravedad del dolor y la respuesta del paciente, considerándose una dosis máxima de codeína de 400 mg en 24 horas por vía oral.

En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de codeína en frasco de 60ml de jarabe de 10-15mg/5ml, ampolla de 2ml de 30mg/ml y tableta de 30mg y 60mg.

6. Tratamiento del dolor moderado a severo

Para la GPC de ASCO (15) y la GPC de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa (14), cuando no se alcanza un adecuado control del dolor en el peldaño 2 según los criterios de respuesta o cuando el dolor es severo, según la escala utilizada, se debe iniciar el tratamiento analgésico con opioides fuertes. Para pacientes con dolor severo, el panel de expertos recomienda empezar con opioides por vía intravenosa o subcutánea (en bolo, infusión continua o infusor elastomérico) para un alivio rápido del dolor.

Morfina

- ✓ ***La morfina administrada por vía oral es considerada como agente de primera elección. La vía subcutánea es preferida si la vía oral no está disponible, la infusión endovenosa se indica cuando la vía subcutánea está contraindicada (edema periférico, trastornos de la coagulación, mala circulación periférica y necesidad de grandes volúmenes y dosis).***

La dosis inicial de morfina oral varía según la evidencia existente, para la GPC de Cuidados Paliativos de Colombia, la dosis inicial de morfina oral es de 10 a 15mg. La GPC de la ESMO establece una dosis inicial de 5mg en usuarios nuevos de opioides y de 10mg en usuarios que ya han utilizado opioides previamente, según el ECA de Harris et al (16).

- ✓ Para fines del presente documento, el panel de expertos considera una dosis inicial en un rango de 5 a 15mg de morfina de acción corta VO en su dosis inicial o al rango de entre 0,1 a 0,3mg/kg/dosis especialmente en pacientes con síndrome consuntivo, peso disminuido, frágiles o que reciben morfina por primera vez. El panel de expertos indica que la morfina se puede usar hasta cada 4h. La oxidodona no tiene techo terapéutico en actividad analgésica, sin embargo, considerar un límite para su utilización de acuerdo con los efectos secundarios. Para el uso de morfina por otras vías se sugiere utilizar la Tabla N° 5 para conversiones.

En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de morfina en frasco de 120ml con dosificador de líquido oral de 10mg/5ml, ampolla de 1ml de 10mg/ml, ampolla de 1ml de 20mg/ml, y tableta de 10mg, de 30 mg de liberación prolongada y de 30mg de acción corta.

Buprenorfina transdérmica en parches

Se indica **buprenorfina transdérmica** en parches de 20mg con una liberación de 35 mcg/h en pacientes con dolor oncológico moderado a severo, **que no toleran la vía oral, endovenosa o subcutánea o en los que el tratamiento analgésico opioide previo ya no es una alternativa por presentar eventos adversos o toxicidad por acumulación de metabolitos** considerando que proporciona las siguientes ventajas:

- ✓ Opción de tratamiento para pacientes con problemas de deglución e intolerancia oral (por ejemplo, por vómitos persistentes) pacientes con vómitos persistentes
- ✓ Es la opción más recomendada para pacientes con insuficiencia renal. Ello fue acorde con la GPC de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa (14), teniendo en cuenta que dicho fármaco se excreta principalmente en las heces por lo cual no tiene impacto a nivel nefrológico.
- ✓ Mantiene niveles de dosis constantes, por lo que los pacientes no presentan pérdida del efecto analgésico al final de cada toma horaria como sucede con otros medicamentos opioides por vía oral
- ✓ Mejora la adherencia por la comodidad de la vía de administración
- ✓ Perfil de seguridad y tolerabilidad similar a otros opioides

El panel de expertos sugiere brindar los parches de cada 72-96 horas y se debe retirar por presentar fiebre o rash cutáneo. Debe rotarse cuando el dolor está controlado.

En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de buprenorfina en parches de 35µg/h.

Oxicodona

Para la oxicodona de liberación rápida, se establece una dosis de 5 a 10 mg cada 4 a 6 horas según sea necesario; rango de dosificación: 5 a 20 mg por dosis. Se considera una dosis máxima de 400mg/día. Para el dolor crónico intenso, se recomienda una administración regular, cada 4 a 6 horas para lograr una analgesia adecuada. Para la oxicodona de liberación prolongada, se establece una dosis de 10 a 20mg cada 12horas. La oxicodona no tiene techo terapéutico en actividad analgésica, sin embargo, considerar un límite para su utilización de acuerdo con los efectos secundarios

En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de oxicodona en tableta de 5mg, de 10mg de liberación prolongada y de 20mg de liberación prolongada.

Metadona

El panel de expertos recomienda el uso de metadona para pacientes con dolor moderado a severo persistente a pesar del tratamiento con otros opioides fuertes. Para la metadona, se establece una dosis inicial de 10mg por vía oral cada 8h, con un rango de dosificación de 10 a 20 mg por vía oral cada 6 a 8 horas según sea necesario. Se considera una dosis máxima de 40mg/día. Puede presentarse náuseas o vómitos, sobre todo al inicio del tratamiento con metadona.

En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de metadona en tableta de 10mg.

Rotación de opioides y/o rotación de vía (10, 13)

Para la GPC de ASCO (15) y la GPC de la Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa (14), la rotación de opioides se considera cuando existe aparición de eventos adversos y/o mejorar el control del dolor. Ello se puede presentar en el contexto de un dolor in **crescendo** definido como aquel dolor por cáncer con un período de escalada rápida del dolor que es generalmente asociado con empeoramiento de angustia y deterioro funcional. Estos episodios de dolor exigen una pronta reevaluación por el clínico y un gran esfuerzo terapéutico por aliviarlo.

A consideración del panel de expertos, antes de rotar se debe considerar la posibilidad de uso de coadyuvantes. Para realizar la rotación de opioides se requiere familiaridad con la dosis equianalgésica de los diferentes medicamentos. **Para tal fin, se ha estandarizado la relación de equivalencia entre opioides (Tabla N° 5). Estas relaciones de conversión son específicas para pacientes para quienes la analgesia con el primer opioide es satisfactorio.**

Titulación

La práctica establecida con la morfina oral de liberación inmediata cada 4 horas se basa solo en el perfil farmacocinético de esta formulación. (17)

En síntesis, según la GPC de Cuidados Paliativos Colombia, la titulación de opioides debe considerar el uso previo de opioides por una tolerancia relativa a estos fármacos (13):

- **Para los pacientes que no han recibido opioides previamente:** *dependiente de las características individuales, la titulación se puede iniciar con 1–3 mg de morfina intravenosa, cada 10 a 15 minutos, evaluando la eficacia y efectos adversos, usar combinación analgésica hasta lograr un control adecuado del dolor. En adelante, se debe continuar con un esquema de horario basado en la dosis que logró controlar el dolor. El GEG enfatiza que, con la utilización de 3 rescates, se debe reevaluar la dosis basal. Adicionalmente, se pueden ordenar otras dosis “de rescate”, equivalentes al 10-20 % de la dosis total de 24 horas, o al 50 % de la dosis regular utilizada. Lo anterior, con la finalidad de controlar exacerbaciones del dolor, por ejemplo, en casos de dolor irruptivo.*
- **Para los pacientes con uso previo de opioides:** en estos pacientes, es muy importante interrogarse previamente, sobre la causa del mal control del dolor, a pesar del uso de opioides. Se inicia la titulación, con dosis equivalentes al 10-20 % de la dosis total de opioide que venía recibiendo en 24 horas, y reevaluar cada 15 a 30 minutos, hasta lograr el control analgésico. Sin embargo, es frecuente encontrar que dicho control se alcanza con dosis menores de las esperadas en algunos pacientes, por lo tanto, es conveniente tener precaución.

Se podría establecer la posibilidad de sedoanalgesia con midazolam con una dosis de 0.03-0.3 mg/kg de peso/hora y una dosis de mantenimiento 0.03-0.2 mg/kg de peso/hr para dolor in crescendo en un paciente que se encuentre en situación de últimos días (18).

Tabla N° 5. Equivalencia de opioides

Conversión a morfina oral	Presentación disponible para EsSalud	Factor para convertir morfina oral	Factor para convertir desde morfina oral
Morfina subcutánea	Ampolla de 1 mL (10mg/mL y 20mg/mL)**	x2	÷2
Morfina endovenosa*		x3	÷3
Buprenorfina transdérmica	Parches de 20mg	÷0,583	x0,583
Oxicodona	Tableta 5mg, tableta de 10 y 20 mg de liberación prolongada.	x2	÷2
Metadona***	Tableta 10mg	X1,5	÷1,5
Tramadol	Tableta de 50mg, Ampolla 2mL (50mg/mL) y líquido oral 10mL (100mg/mL)	÷10	x10
Codeína	Cápsulas de 30mg y 60mg, ampolla de 2mL (30mg/mL), jarabe de 60mL (10-15mg/5mL)	x0,15	÷0,15

***Administración diluida e infusión lenta**

La rotación de opioides para el sistema de salud de EsSalud, solo considerará el cambio de morfina oral a subcutánea o endovenosa u oxicodona, se podrían indicar otros opioides mayores siempre que se hallen disponibles para su utilización según el petitorio Nacional de Medicamentos. En el caso de requerir el uso de otros opioides para el manejo del dolor o sedoanalgesia que se indican con permisos especiales, el paciente deberá ser referido a un nivel de atención superior.

*** PNUME dispone de morfina sulfato de 30mg en tabletas de liberación prolongada, morfina sulfato de 30mg en tabletas de acción corta, usar según disponibilidad en el sistema de salud*

****Uso disponible solo para dolor crónico oncológico según Petitorio EsSalud 2021, usar según disponibilidad en el sistema de salud*

Dolor neuropático (13)

En el contexto de pacientes en cuidados continuos, enfermedad avanzada y progresiva que presentan dolor neuropático, la GPC de Dolor Neuropático de Francia (19) sugiere ofrecer la opción de amitriptilina y gabapentina como tratamiento de inicio del dolor neuropático, salvo en la neuralgia del trigémino. Las dosis sugeridas por el panel de expertos fueron **amitriptilina con 12,5 a 150mg** y para gabapentina desde 100mg con una dosis máxima de **600mg por dosis o 3600mg** por día considerando una dosis escalonada y variable según el estado del paciente. En EsSalud, según el Petitorio Farmacológico, se dispone de amitriptilina en tableta de 25mg y gabapentina en tableta de 300mg.

Valorar la indicación individualizada de tapentadol, a criterio médico. El tapentadol es un medicamento fuera del petitorio en sus presentaciones de 50mg y 100mg, por lo cual su indicación y registro de resultados clínicos debe darse de acuerdo con el dictamen

aprobados por el IETSI (Dictamen Preliminar de Evaluación de Tecnología Sanitaria N.º 017-SDEPFyOTS-DETS-IETSI-2018. Lima, Perú, 2018).

En el caso de neuralgia trigeminal y facial, se utilizará **carbamazepina con una dosis inicial de 200 a 400 mg/día**, aumentando gradualmente en incrementos de 200 mg/día según sea necesario. La dosis de mantenimiento habitual será de **600 a 800 mg/día**; con una dosis máxima: 1,2 g/día.

El panel de expertos sugiere el uso de la electroestimulación transcutánea de nervios (TENS) para pacientes con dolor neuropático periférico focalizado, de acuerdo también con la GPC de Dolor Neuropático de Francia (19).

Tabla N° 6. Escalera analgésica de dolor neuropático (20)

Paso 1: Amitriptilina	Dosis de inicio	Incremento	Tiempo de evaluación	Descontinuación
	12,5 mg oral	Titulación semanal hasta una dosis efectiva o máxima tolerada menor o igual a 75 mg.	6 a 8 semanas con por lo menos 2 semanas con la dosis máxima tolerada.	Tiempo menor a 8 semanas con efectos no deseables o sin eficacia.
Paso 2: Gabapentina*	Titulación lenta	Titulación rápida	Tiempo de evaluación	Descontinuación
	Inicio: 100mg oral por la noche Incremento: de 100mg cada 1 a 7 días con una dosis máxima de 600mg por dosis.	Inicio: 300mg oral por la noche Incremento: desde 300mg diario cada 2 o 3 días con una dosis máxima de 600mg por dosis (1800 mg/d)	3 a 8 semanas con por lo menos 2 semanas con la dosis máxima tolerada.	Reducir la dosis a un máximo de 300mg cada 4 días.

NICE Clinical Guideline 173: Neuropathic pain - pharmacological management (November 2013 updated Feb 2017)

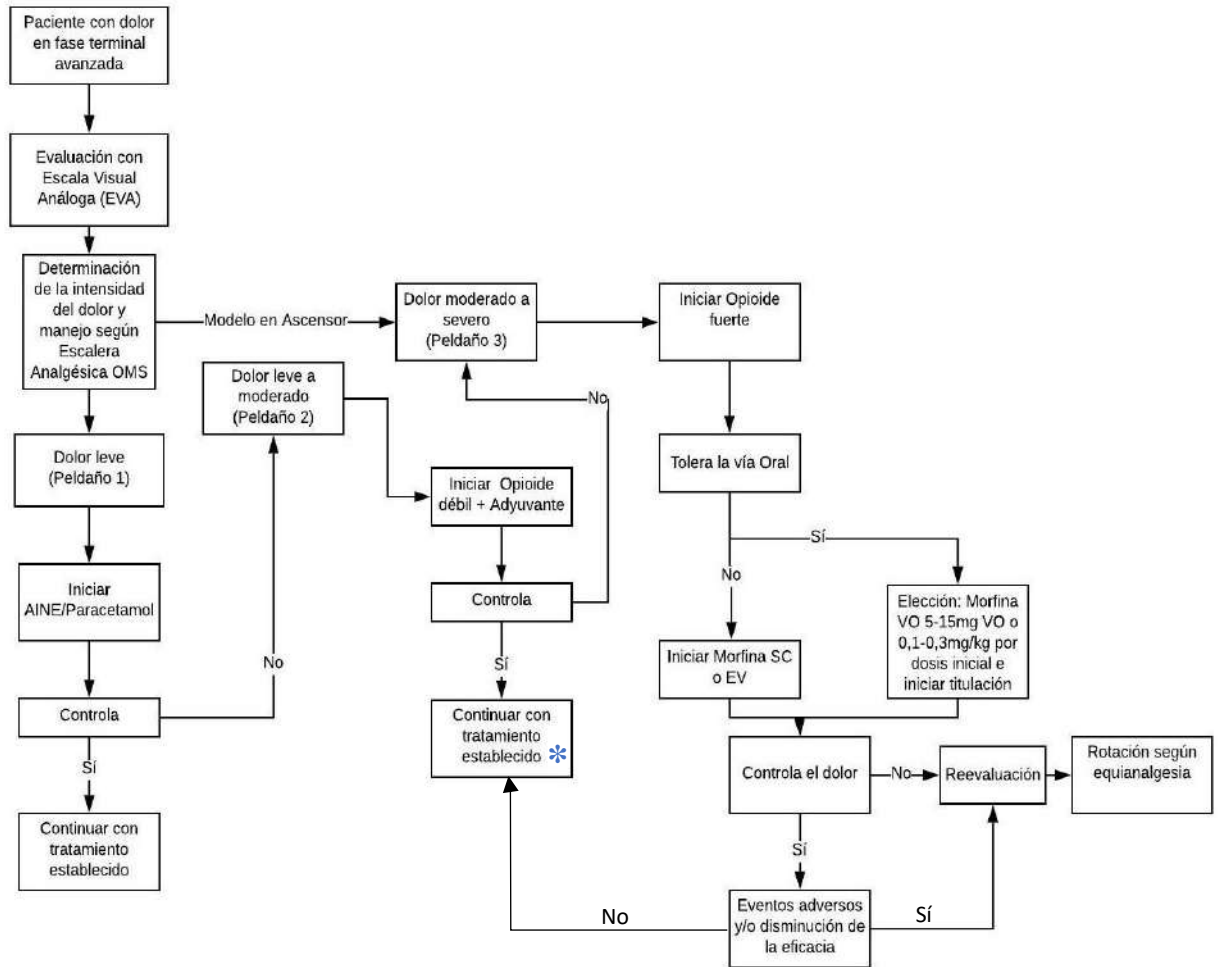
*En pacientes con Enfermedad renal crónica avanzada considerar una dosis máxima de gabapentina 300mg

Criterios de Referencia

- Dolor refractario sobre la base de alguna escala seleccionada, a pesar del tratamiento según los lineamientos establecidos.
- Necesidad de rotación a opioides que requieren permisos especiales o manejo especializado a nivel hospitalario.

- Síndrome de abstinencia en opioides o toxicidad a los fármacos empleados para el tratamiento del dolor.
- Identificación de dolor que obedece a criterios que ameritan un procedimiento intrahospitalario.

Flujograma de manejo



* Considerar uso de infusor elastomérico

Información para pacientes, familiares y/o acompañantes

Brindar información a la familia, paciente y/o cuidadores, lo siguiente:

1. **¿Qué es el dolor?:** *“Es una sensación de discomfort e incomodidad de intensidad variable que tiene una persona por alguna enfermedad de fondo”.*
2. **Principales causas:** *“El dolor puede causarse por causas relacionadas con el cáncer u otras enfermedades”.*
3. **¿Qué es la morfina?:** *“Es un medicamento de tipo opiode que es muy efectivo para el tratamiento del dolor pero que debe ser utilizado por profesionales entrenados”.*
4. Informar sobre el estado actual de paciente y su valoración de la necesidad de tratamiento farmacológico.

Indicadores trazadores

1. Porcentaje de pacientes con dolor que hayan recibido tratamiento.
2. Porcentaje de pacientes con dolor que hayan recibido tratamiento en atención domiciliaria.
3. Incidencia de satisfacción en la calidad de atención por parte de los pacientes y/o familiares.
4. Número de recursos humanos para la atención domiciliaria.

Consideraciones de Implementación

1. Capacitación teórica y práctica al personal de salud que realizará los servicios de atención domiciliaria en la ejecución de la presente revisión rápida.
2. Coordinar la disposición de los medicamentos para la ejecución de la presente revisión rápida.
3. Capacitación para considerar los indicadores trazadores y señalarlos en la historia clínica de forma resumida.

Bibliografía

1. Kim RW, Kim JH, Moon SY. Effect of hydroxyapatite on critical-sized defect. Maxillofacial plastic and reconstructive surgery. 2016;38(1):26.
2. Garcia-Martinez O, De Luna-Bertos E, Ramos-Torrecillas J, Manzano-Moreno FJ, Ruiz C. Repercussions of NSAIDs drugs on bone tissue: the osteoblast. Life sciences. 2015;123:72-7.
3. Messora MR, Nagata MJ, Mariano RC, Dornelles RC, Bomfim SR, Fucini SE, et al. Bone healing in critical-size defects treated with platelet-rich plasma: a histologic and histometric study in rat calvaria. Journal of periodontal research. 2008;43(2):217-23.
4. National Comprehensive Cancer Network. (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Palliative care. Version 1.2018. 2017 December 19. National Comprehensive Cancer Network. Available at https://oncolife.com.ua/doc/nccn/Palliative_Care.pdf.
5. Inal S, Kabay S, Cayci MK, Kuru HI, Altikat S, Akkas G, et al. Comparison of the effects of dexketoprofen trometamol, meloxicam and diclofenac sodium on fibular fracture healing, kidney and liver: an experimental rat model. Injury. 2014;45(3):494-500.
6. Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA, Rocafort-Gil J, Casado M, Rodríguez-Sendín JJ. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. Gaceta Médica de Bilbao. 2015 Oct 15;112(4).
7. Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México: Secretaría de Salud, 2010.
8. National Clinical Guideline C. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Care of Dying Adults in the Last Days of Life. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK) Copyright (c) 2015 National Clinical Guideline Centre.; 2015.
9. Gomes FI, Aragao MG, de Paulo Teixeira Pinto V, Gondim DV, Barroso FC, Silva AA, et al. Effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on osseointegration: a review. The Journal of oral implantology. 2015;41(2):219-30.
10. Cottrell J, O'Connor JP. Effect of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs on Bone Healing. Pharmaceuticals (Basel, Switzerland). 2010;3(5):1668-93.
11. Borgeat A, Ofner C, Saporito A, Farshad M, Aguirre J. The effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on bone healing in humans: A qualitative, systematic review. Journal of clinical anesthesia. 2018;49:92-100.
12. Bush SH, Kanji S, Pereira JL, Davis DHJ, Currow DC, Meagher D, et al. Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development. Journal of pain and symptom management. 2014;48(2):231-48.
13. Chen YC, Lin YH, Wang SH, Lin SP, Shung KK, Wu CC. Monitoring tissue inflammation and responses to drug treatments in early stages of mice bone fracture using 50 MHz ultrasound. Ultrasonics. 2014;54(1):177-86.
14. Mawatari H, Shinjo T, Morita T, Kohara H, Yomiya K. Revision of pharmacological treatment recommendations for cancer pain: clinical guidelines from the Japanese Society of Palliative Medicine. Journal of Palliative Medicine. 2022 Jul 1;25(7):1095-114.
15. Paice JA, Bohlke K, Barton D, Craig DS, El-Jawahri A, Hershman DL, Kong LR, Kurita GP, LeBlanc TW, Mercadante S, Novick KL. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology. 2023 Feb 1;41(4):914-30.
16. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos, Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. 2008.

17. Mearin F, Ciriza C, Minguez M, Rey E, Mascort JJ, Pena E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Revista española de enfermedades digestivas: órgano oficial de la Sociedad española de patología Digestiva*. 2016;108(6):332-63.
18. Larkin PJ, Sykes Np Fau - Centeno C, Centeno C Fau - Ellershaw JE, Ellershaw Je Fau - Elsner F, Elsner F Fau - Eugene B, Eugene B Fau - Gootjes JRG, et al. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. (1477-030X (Electronic)).
19. Moisset X, Bouhassira D, Couturier JA, Alchaar H, Conradi S, Delmotte MH, Lanteri-Minet M, Lefaucheur JP, Mick G, Piano V, Pickering G. Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations. *Revue neurologique*. 2020 May 1;176(5):325-52.
20. Crockett SD, Greer KB, Heidelbaugh JJ, Falck-Ytter Y, Hanson BJ, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Opioid-Induced Constipation. *Gastroenterology*. 2019;156(1):218-26.

Anexos metodológicos

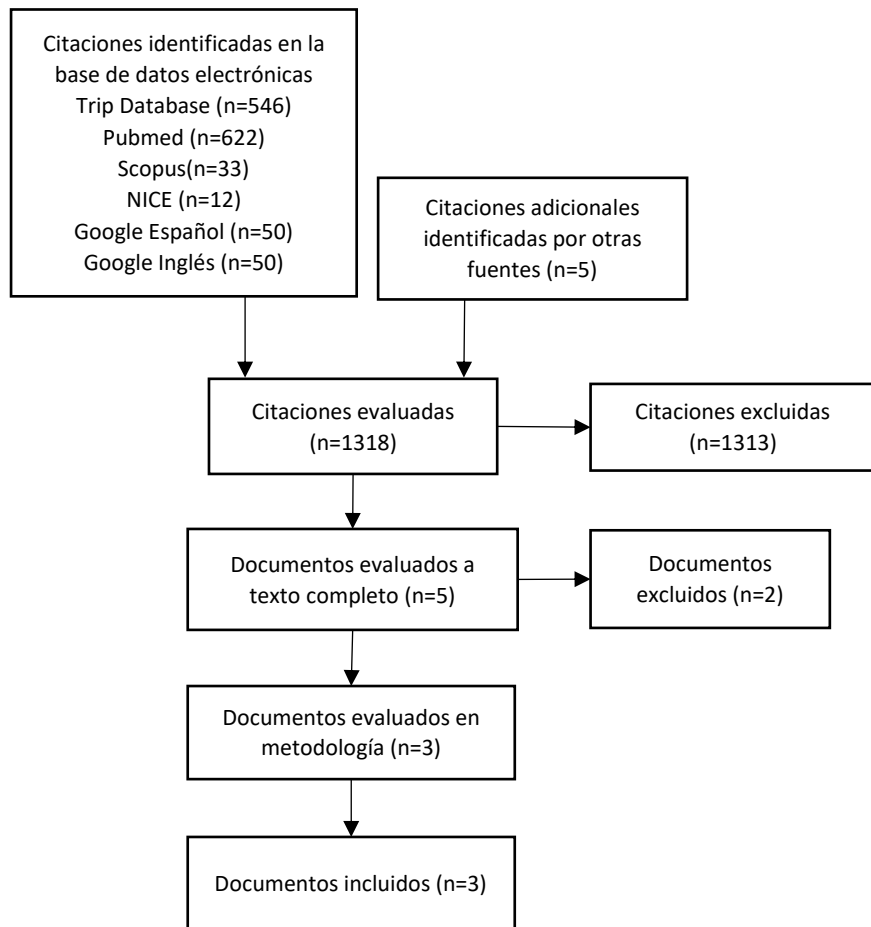
Tema 1: Lineamientos clínicos para el manejo ambulatorio del dolor en el paciente con enfermedad oncológica y no oncológica avanzada

Estrategia de búsqueda

En noviembre del 2023 se actualizó la búsqueda de protocolos, guías de práctica clínica y consensos que abordan el dolor en el manejo domiciliario en pacientes con enfermedad no oncológica y oncológica avanzada a partir de enero del 2022.

Buscador o base de datos	Términos de búsqueda
Trip Database	"Pain" "palliative care"
Pubmed	((("Pain"[Mesh] OR "Pain"[Tiab] OR "Cancer pain"[Mesh] OR "Cancer pain"[Tiab]) AND ("Palliative care" [Mesh] OR "Palliative care" [Tiab] OR "Palliative Medicine" [Mesh] OR cancer [Tiab] OR oncolog* [Tiab] OR "Older People" [Tiab] OR "advanced terminal disease" [Tiab] OR "Terminal Care"[Mesh] OR "Terminal Care"[Tiab] OR "End of Life Care"[Tiab] OR "Life Care End"[Tiab]) AND (Guideline*[ti] OR Protocol*[ti] OR Recommendation*[ti] OR Statement*[ti] OR Consensus*[ti] OR Algorithm*[ti] OR Practice Guideline[ptyp]))
Scopus	(TITLE ("Pain" OR "Cancer pain")) AND (TITLE-ABS-KEY ("advanced terminal disease" OR "Terminal Care" OR "End of Life Care" OR "Life Care End")) AND (TITLE-ABS-KEY ("Guideline*" OR "Protocol*" OR "Recommendation*" OR "Statement*" OR "Consensus*" OR "Algorithm*"))
NICE	"Pain" "palliative care"
Google Español	"dolor" "dolor oncológico" "cuidados paliativos" "guía" "directrices" "Consenso" "protocolo"
Google Inglés	"Pain" "Cancer pain" "advanced terminal disease" "Palliative care" "End of Life Care" "guideline" "Protocol" "Recommendation" "Statement" "Consensus" "algorithm"

Flujograma del proceso de selección de protocolos y guías



Documentos evaluados a texto completo

Título	Año	Entidad autora y/o país de autores
Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines*	2018	ESMO Clinical Practice Guidelines
GPC Cuidados Paliativos*	2016	Sistema de Seguridad Social (Colombia)
Guideline for Palliative Care for patients with incurable cancer*	2016	Programa Nacional de Oncología (Alemania)
A Model to Guide Hospice Palliative Care*	2013	Asociación Canadiense de Cuidados Paliativos
Palliative care for adults: strong opioids for pain relief*	2012	NICE (UK)
Opioids for Treatment of Acute, Subacute, Chronic, and Postoperative Pain*	2014	ACOEM (EEUU)
Indian Society for Study of Pain, Cancer Pain Special Interest Group Guidelines on Complementary Therapies for Cancer Pain	2020	India
An Overview of Current Recommendations and Options for the Management of Cancer Pain: A Comprehensive Review	2020	Estados Unidos
Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations	2020	Francia
Revision of Pharmacological Treatment Recommendations for Cancer Pain: Clinical Guidelines from the Japanese Society of Palliative Medicine	2022	Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa
Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO Guideline	2023	ASCO, Estados Unidos

*Documentos hallados en la búsqueda anterior de diciembre de 2019.

Documentos incluidos

Título	Año	Entidad autora y/o país de autores	Calidad metodológica	Aplicabilidad y contextualización (GLIA2)
GPC Cuidados Paliativos	2016	Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.	68%	Se acepta con cambios

Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines*	2018	ESMO Clinical Practice Guidelines	55%	Se acepta con cambios
Palliative care for adults: strong opioids for pain relief	2012	NICE UK	74%	Se acepta con cambios
Guideline for Palliative Care for patients with incurable cancer	2016	Programa Nacional de Oncología (Alemania)	51%	Se acepta con cambios
Pharmacological and non-pharmacological treatments for neuropathic pain: Systematic review and French recommendations*	2020	Francia	56%	Se acepta con cambios
Revision of Pharmacological Treatment Recommendations for Cancer Pain: Clinical Guidelines from the Japanese Society of Palliative Medicine	2022	Sociedad Japonesa de Medicina Paliativa	64%	Se acepta con cambios
Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO Guideline	2023	ASCO, Estados Unidos	69%	Se acepta con cambios

*Esta GPC presentó una valoración menor al 60% al evaluar la calidad metodológica; sin embargo, el GEG consideró tomarla en cuenta para algunos aspectos tratados en los lineamientos.