

Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos

» ***Versión corta***

GPC N° 78
Noviembre 2025

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

RESOLUCIÓN N° 000340-IETSI-ESSALUD-2025

Lima, 10 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Informe N° 000045-FHR-DGPCFYT-IETSI-ESSALUD-2025, y Nota N° 000121-DGPCFYT-IETSI-ESSALUD-2025 de la Dirección de Guías de Práctica Clínica Farmacovigilancia y Tecnovigilancia de IETSI del 05 de diciembre del 2025;

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el artículo 203 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (EsSalud), aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 y sus modificatorias, señala que el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), es el órgano descentrado responsable, entre otras funciones, de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación, supresión, utilización o cambio en la institución, así como de proponer las normas y estrategias para la innovación científica tecnológica, la promoción y regulación de la investigación científica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia, eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la red prestadora de servicios de salud en el ámbito nacional. Asimismo, es el responsable del petitorio de medicamentos y del listado de bienes de tecnologías sanitarias y guías de práctica clínica en la institución;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 152-PE-ESSALUD-2015 se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del IETSI, el cual, en el inciso J) del artículo 5, establece como una de sus funciones la de evaluar y aprobar guías de práctica clínica - GPC, así como elaborar las mismas en casos se traten de temas priorizados en ESSALUD;

Que, el artículo 8 del mismo Reglamento establece que la Dirección del Instituto tiene la función de aprobar, entre otros, la elaboración de guías de práctica clínica, así como el establecimiento o modificación de guías de práctica clínica;

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: AV33ICP.

Que, el artículo 16 del citado Reglamento establece que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia - DGPCFYT es el órgano de línea encargado de evaluar y proponer la incorporación, uso, salida o cambio de Guías de Práctica Clínica en ESSALUD, basados en evidencia científica, para el máximo beneficio de la población asegurada y la sostenibilidad financiera;

Que, asimismo, el artículo 16 del citado Reglamento, en su literal c), establece que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia es el órgano de línea encargado de proponer la incorporación, uso, salida o cambio de guías de práctica clínicas en EsSalud, en base a la normatividad y metodologías aprobadas;

Que, mediante el Informe de vistos, la DGPCFYT informa que “*De acuerdo al literal c) del artículo 16 del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud e Investigación (IETSI), corresponde a la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia (DGPCFYT), el proponer la incorporación, uso, salida o cambio de guías de práctica clínicas en ESSALUD, en base a la normatividad y metodologías aprobadas. Asimismo, el literal f) del referido artículo, señala como función, el elaborar o adaptar y proponer la aprobación de las guías de práctica clínicas priorizadas.*”, añadiendo la DGPCFYT que “*Respecto a la normatividad y metodologías aprobadas para la incorporación, uso, salida o cambio de guías de práctica clínicas, el Instructivo N° 001 – IETSI – ESSALUD – 2021 “Instrucciones para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica en la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y tecnovigilancia del IETSI”, estandariza la metodología de desarrollo y elaboración de guías de práctica clínica por IETSI-EsSalud y establece que una de las modalidades para la priorización para desarrollar una GPC es que “La alta Dirección del IETSI, en coordinación con las unidades de organización competentes, aprueba las condiciones clínicas priorizadas para la elaboración de GPC institucionales mediante acto resolutivo”. La condición clínica “Manejo del dolor en población pediátrica” corresponde a una condición clínica priorizada para la elaboración de una GPC, de acuerdo a lo señalado en la Resolución N° 000050 - IETSI - ESSALUD – 2024 del 28 de noviembre de 2024.*”, y se señala a continuación que “*Mediante la Resolución del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación N° 000157-IETSI-ESSALUD-2025, se conformó el grupo elaborador para esta guía de práctica clínica. Siguiendo lo establecido en el Instructivo N° 001 – IETSI – ESSALUD – 2021 “Instrucciones para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica en la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y tecnovigilancia del IETSI”, el grupo elaborador conformado ha desarrollado la “Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos”;*

Que, asimismo, la DGPCFYT informa que “*Precisar que se desarrolló la etapa de validación de la Guía de Práctica Clínica con: 1) participación de expertos clínicos de las Redes Asistenciales y Redes Prestacionales de Essalud, que no participaron en la elaboración de la GPC y 2) representantes de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones*

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: AV33ICP.

Económicas. Asimismo, la GPC fue objeto de evaluación por dos revisoras clínicas externas, así como una revisora metodológica” y que “De acuerdo a la evaluación efectuada mediante el Instrumento de Evaluación de GPC (...), la presente GPC reúne los criterios de Pertinencia de la GPC, Estructura de presentación del documento de GPC, Rigurosidad en la Elaboración de GPC, Calidad Metodológica de la GPC y Uso de Tecnologías Sanitarias en la GPC”;

Que, la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia, a través del Informe de vistos y su Nota de vistos, brinda el sustento correspondiente, por lo que resulta pertinente proceder a aprobar la antes citada Guía de Práctica Clínica, propuesta por la citada Dirección;

Con el visado de la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia y la Oficina de Asesoría Jurídica del IETSI;

Estando a lo propuesto por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, y en uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N°152-PE-ESSALUD-2015;

SE RESUELVE:

1. APROBAR la “Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos”, en sus versiones extensa, corta, y anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

2. DISPONER que la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia haga de conocimiento la presente Resolución a todos los órganos de EsSalud, incluyendo los órganos desconcentrados, órganos prestadores nacionales, establecimientos de salud y demás órganos que correspondan; así como que realice las acciones pertinentes para la difusión de la presente Guía a nivel nacional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Firmado digitalmente por
DAYSI ZULEMA DIAZ OBREGON

Directora del Instituto de Evaluacion de Tecnologias en Salud e Investigacion
ESSALUD

DZDO/HMGF/FMHR/VRZA
EXP_0013020250000841

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando la siguiente clave: AV33ICP.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES

PEDIÁTRICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

GUÍA EN VERSIÓN CORTA

GPC N° 78

Diciembre 2025



Firmado digitalmente por
HUAROTO RAMIREZ Fabiola Mercedes
FAU 20131257750 soft
Motivo: Soy el autor del documento.
Fecha: 05.12.2025 15:39:05-0500



Firmado digitalmente por
GARAVITO FARRO Hector Miguel
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy Vº B
Fecha: 05.12.2025 15:56:53 -05:00



SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD

Segundo Cecilio Acho Mego

Presidente Ejecutivo, EsSalud

Martín Freddy Colca Ccahuana

Gerente General (e), EsSalud

INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI

Daysi Zulema Díaz Obregón

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Silvana Yanire Sam Zavala

Gerente de la Dirección de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Miguel Ángel Paco Fernández

Gerente de la Dirección de Investigación en Salud

Héctor Miguel Garavito Farro

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

Fabiola Mercedes Huaroto Ramírez

Asesor II del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación

Grupo elaborador

- Vásquez Gamarra, Eva Victoria.
 - Médico pediatra con formación en cuidados paliativos
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Pantoja Reynoso, Olga Alejandra
 - Médico pediatra intensivista
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Ramírez Chipana, Mabel Irene
 - Médico especialista en Medicina física y rehabilitación
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Igei Chiney, Ana Isabel
 - Médico especialista en Medicina física y rehabilitación
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Dietrich Timoteo De Alva, Marlene Inés
 - Psicóloga
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Ríos López, Ligia
 - Médico pediatra oncólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Rivera Colqui, Rosario Cinthia
 - Médico pediatra oncólogo
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Villafuerte Palacios, Luz María
 - Médico geriatra
 - Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú
- Oshiro Bernuy, Juana Harumi
 - Médico especialista en Medicina familiar y comunitaria
 - Red Prestacional Rebagliati – GOF, EsSalud, Lima, Perú
- Takami Angeles, Graciela
 - Médico geriatra
 - Red Prestacional Rebagliati – COPHOES, EsSalud, Lima, Perú
- Meneses Román, Elva Dany
 - Médico anestesiólogo
 - Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú
- Sotomayor Borja, Yrma Fara
 - Médico anestesiólogo con formación en cuidados paliativos
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú
- Cabrera Calderón, Carmen Rosa
 - Médico anestesiólogo con formación en cuidados paliativos
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú
- Vizcarra Sánchez, Katherine Elizabeth
 - Médico pediatra intensivista
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú
- Vargas Durand, William
 - Médico pediatra
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú

- Delgadillo Arone, Walter
 - Médico hematólogo
 - Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú
- Ñañez Rojas, Rossana Karen
 - Médico anestesióloga
 - Hospital I Antonio Skrabonja Antoncich, EsSalud, Ilo, Perú
- Caira Chuquineyra, Brenda Sofía.
 - Metodóloga
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Fernández Guzmán, Daniel Aaron.
 - Metodólogo
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Ortiz Benique, Zhamanda Noelia.
 - Metodóloga
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Caballero Luna, Joan
 - Coordinadora del grupo elaborador
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú
- Huaroto Ramírez, Fabiola Mercedes
 - Encargada de Guías de Práctica Clínica
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú

Selección de las recomendaciones trazadoras

- Sánchez Villogas, Jelsy
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú

Revisoras clínicas externas

- Dra. María Mercedes Bernadá Scarrone.
 - Médico Pediatra.
 - Profesora Agregada de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.
 - Jefa de la Unidad de Calidad de Vida y Cuidados Paliativos Pediátricos, Asociación Española, Uruguay.
- Dra. Virginia Garaycochea Cannon.
 - Médico Pediatra.
 - Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú.

Revisora metodológica

- Delgado Flores, Carolina Jacqueline.
 - Maestra en Ciencias en Investigación Epidemiológica
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés financiero y no financiero, con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI), EsSalud, Perú.

Citación

Este documento debe ser citado como: “Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor en Pacientes Pediátricos en Cuidados Paliativos: Guía en Versión Corta. Lima: EsSalud; 2025”

Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a Ríos García, Wagner por su apoyo en la búsqueda y selección de guías de práctica clínica.

Datos de contacto

Dirección de Guías de Práctica Clínica Farmacovigilancia y Tecnovigilancia

Correo electrónico: gpcdirección.ietsi@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de contenido

I.	Cómo usar esta guía de práctica clínica	8
II.	Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC).....	9
	Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	12
III.	Flujogramas.....	20
IV.	Generalidades	21
	Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía	21
	Objetivo y población de la GPC	23
V.	Metodología	25
	Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):.....	25
	Formulación de preguntas:	25
	Búsqueda y selección de la evidencia:	25
	Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos:.....	25
	Formulación de las recomendaciones:	25
	Selección de recomendaciones y BPC trazadoras:.....	26
	Revisión por expertos externos:	26
VI.	Recomendaciones	27
A.1.	Escalas de evaluación del dolor	27
	Pregunta 1. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué escalas se deberían utilizar para la evaluación del dolor?	27
B.1.	Terapia física con ejercicios	28
	Pregunta 2. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?	28
B.2.	Terapia psicológica para niños.....	29
	Pregunta 3. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?	29
B.3.	Terapia psicológica para cuidadores o padres.....	29
	Pregunta 4. En niños menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica dirigida a sus cuidadores o padres?	29
B.4.	Primera escala analgésica para el manejo del dolor.....	30
	Pregunta 5. En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar en la primera escalera analgésica para el manejo del dolor?	30
B.5.	Segunda escalera analgésica para el manejo de dolor	31
	Pregunta 6. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y que presenten dolor moderado a intenso, ¿qué fármacos se deberían brindar en la segunda escalera analgésica para el manejo del dolor?	31

B.6. Tratamiento farmacológico adyuvante.....	35
Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	35
Pregunta 8. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos adyuvantes se deberían brindar para el manejo del dolor?	36
VII. Referencias.....	37

I. Cómo usar esta guía de práctica clínica

Esta guía de práctica clínica (GPC) basada en evidencias está diseñada para brindar enunciados que faciliten la toma de decisiones en el cuidado de la salud. Ha sido elaborada usando la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). A continuación, se explica cómo interpretar los términos clave utilizados en los enunciados de la GPC:

Interpretación de la certeza y de la fuerza de la recomendación

Término	Significado
Tipos de enunciados	
Recomendación	Premisa accionable sobre la elección entre dos o más opciones en una población específica y en un entorno específico cuando sea relevante. El curso de acción se acompaña de una fuerza (fuerte o condicional) y de la calificación de la certeza de la evidencia que la respalda. Las recomendaciones surgen de una pregunta, para la cual se realiza la búsqueda, síntesis y contextualización de la evidencia.
Buena práctica clínica (BPC) 	Enunciado accionable que brinda orientación acerca de una práctica cuyos beneficios superan ampliamente a los potenciales daños, pero sólo existe evidencia indirecta disponible para respaldarla. Para su formulación no se efectúa una síntesis formal de la evidencia.
Consideración	Es una nota o comentario adicional que complementa una recomendación o una BPC. Su objetivo es aclarar el contexto, resaltar aspectos importantes o proporcionar detalles específicos.
Certeza de la recomendación	
(⊕⊕⊕⊕) Alta	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
(⊕⊕⊕○) Moderada	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
(⊕⊕○○) Baja	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
(⊕○○○) Muy baja	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
Fuerza de la recomendación	
Fuerte (a favor  o en contra )	El GEG considera que esta recomendación debe seguirse en todos los casos, salvo excepciones puntuales y bien justificadas. Se usó el término “ Recomendamos ”
Condisional (a favor  o en contra )	El GEG considera que esta recomendación se seguirá en la gran mayoría de casos, aunque podría ser oportuno no aplicarlas en algunos casos, siempre que esto sea justificado. Se usó el término “ Sugerimos ”

En las secciones siguientes se presentan, respectivamente, los enunciados de esta GPC y sus flujogramas.

II. Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC)

Nº	Enunciado	Tipo
Diagnóstico		
Pregunta 1: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué escalas se deberían utilizar para la evaluación del dolor?		
1.1 ★	<p>En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, aplicar las siguientes escalas de evaluación del dolor según edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar la escala NIPS, en menores de 1 mes. • Usar la escala FLACC, desde 1 mes hasta los 3 años. • Usar la escala FLACC-R, desde los 2 meses a 18 años en menores con discapacidades cognitivas. • Usar la escala FPS, desde los 4 a 12 años en menores que puedan autorreportar su dolor. • Usar la escala EVA, en niños mayores de 7 años con capacidad cognitiva para entender el concepto de una línea continua. <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Las escalas recomendadas permiten interpretar la intensidad del dolor (leve, moderado o severo), lo cual es fundamental para orientar la decisión terapéutica en cuidados paliativos pediátricos. La descripción de cada escala y sus puntos de corte según la intensidad se presentan en la Tabla 1.</i> 2. <i>Su aplicación debe realizarse al inicio de la evaluación, para establecer un valor basal, y en las reevaluaciones, para monitorizar la evolución y ajustar el tratamiento según sea necesario.</i> 	BPC 
Tratamiento		
Pregunta 2: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?		
2.1	<p>En pacientes menores de 18 años con dolor crónico y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia física con ejercicios como parte del tratamiento.</p> <p>Consideración:</p> <p><i>En menores de 18 años con dolor crónico, la indicación de terapia física con ejercicios debe ser individualizada, considerando la intensidad y el impacto del dolor somático, la presencia de comorbilidades, la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo y disponibilidad de terapias acordes a sus necesidades, luego de informar al paciente, familiar o cuidador sobre sus beneficios y posibles daños.</i></p>	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional </p> <p>Certeza de la evidencia: Muy baja </p>
Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?		
3.1 ★	<p>En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia psicológica como parte del tratamiento.</p> <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>En niños con dolor, el manejo psicológico debe ser individualizado según la condición clínica del paciente, utilizando terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual, así como la terapia de aceptación y compromiso.</i> 	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional </p> <p>Certeza de la evidencia: Muy baja </p>

Nº	Enunciado	Tipo
	2. La terapia psicológica puede adaptarse y ofrecerse de manera presencial, a distancia o mediante un enfoque combinado para responder mejor a las necesidades específicas de cada niño.	
Pregunta 4: En niños menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica dirigida a sus cuidadores o padres?		
4.1	<p>En padres o cuidadores de niños con dolor y que requieren cuidados paliativos, sugerimos ofrecer terapias psicológicas y/o apoyo emocional, como parte de un enfoque integral de atención.</p> <p>Consideración: ★ <i>Dentro de las intervenciones psicológicas dirigidas a padres o cuidadores, considerar la terapia cognitivo-conductual u otras estrategias recomendadas por profesionales competentes de la salud mental acorde a las características y necesidades específicas de cada paciente y sus padres o cuidadores.</i></p>	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional ✓</p> <p>Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○</p>
Pregunta 5: En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar en la primera escalera analgésica para el manejo del dolor?		
5.1	<p>En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, sugerimos iniciar terapia con AINEs o paracetamol, de acuerdo a la valoración clínica.</p> <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>En lactantes menores de 3 meses, considerar el uso exclusivo de paracetamol, mientras que, en niños mayores de 3 meses, se podrá utilizar paracetamol o AINEs. La administración debe realizarse a intervalos regulares, de acuerdo con las pautas de dosificación recomendadas según la edad y el peso del niño. Se sugiere preferir la vía oral, aunque pueden considerarse otras vías de administración según el contexto (juicio clínico, disponibilidad y preferencias del paciente). La individualización del tratamiento debe ser estrictamente dentro de las pautas de dosificación recomendadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de eventos adversos graves. Las características de estos medicamentos en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 2.</i> 2. <i>Reevaluar el dolor cada 4 a 6 horas, considerando intervalos más cortos según la intensidad del dolor y la evolución clínica. Para esta reevaluación, se debe utilizar un instrumento de evaluación del dolor apropiado para la edad y el nivel de desarrollo del niño.</i> 	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional ✓</p> <p>Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○</p>
Pregunta 6: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y que presenten dolor moderado a intenso, ¿qué fármacos se deberían brindar en la segunda escalera analgésica para el manejo del dolor?		
6.1	<p>En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y que presenten dolor moderado a intenso, sugerimos escalar el tratamiento a opioides potentes, siendo la morfina el opioide de primera elección. De acuerdo con la valoración clínica y el contexto individual del paciente, esta puede ser administrada sola o en combinación con paracetamol. La combinación con AINEs puede considerarse como alternativa adicional.</p> <p>*Opioides potentes: morfina clorhidrato y oxicodona.</p>	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional ✓</p> <p>Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○</p>
6.2	<p>La morfina es el opioide de primera elección para el manejo del dolor agudo y persistente, moderado a intenso en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. En caso de respuesta insuficiente,</p>	BPC 

Nº	Enunciado	Tipo
	<p>desarrollo de tolerancia o aparición de efectos adversos intolerables, considerar la rotación de opioide, de acuerdo con la disponibilidad y el juicio clínico.</p> <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>En caso de rotación de opioide, convierta la dosis del opioide actual a su equivalente en morfina por la misma vía de administración, o, si está indicado, realice el cambio de vía oral a IV o SC conforme a las dosis de equivalencia detalladas en la Tabla 4.</i> <i>Si la rotación se realiza por efectos adversos intolerables, reduzca la dosis calculada en un 25–50%. Si la rotación se realiza por falta de eficacia o respuesta insuficiente, no reduzca la dosis.</i> 	
6.3	En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso, evitar el uso de opioides menores como tramadol o codeína.	BPC 
6.4	La vía oral/enteral es la de elección para la administración de opioides. Si no es posible, se seleccionará una vía alternativa (subcutánea, intravenosa) según el contexto y evitando la vía intramuscular.	BPC 
6.5	<p>Las dosis de opioides deben titularse de forma individualizada y progresiva hasta alcanzar la dosis mínima eficaz para un alivio aceptable del dolor sin efectos adversos intolerables. Es obligatorio el monitoreo clínico constante de la respuesta y de la aparición de efectos adversos.</p> <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Las características de estos medicamentos para niños vírgenes de opioides en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 3 y 4.</i> <i>En caso de retiro de opioides, la dosis debe disminuirse de forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia. Si el tratamiento fue menor de 5 días, puede suspenderse sin descenso gradual. En tratamientos de 5 días o más, se recomienda reducir la dosis en un 20–30% cada 24 horas. En tratamientos de más de 14 días, se sugiere disminuir 10% cada 24 a 48 horas. Una vez alcanzada la dosis inicial de inicio del tratamiento, este puede suspenderse.</i> 	BPC 
6.6	<p>El tratamiento de mantenimiento con opioides debe pautarse en forma reglada, a intervalos regulares para asegurar analgesia de base, con periodos interdosis según la vida media del medicamento y edad del niño. En caso de dolor irruptivo o dolor entre las dosis, administrar dosis de rescate que debe corresponder al 10–20% de la dosis total diaria del opioide de base y administrarse por la misma vía usada para el tratamiento basal.</p> <p>Consideraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Si la dosis de rescate se administra por vía oral, debe darse al menos 30 minutos después de la dosis reglada; si se utiliza la vía intravenosa o subcutánea, debe aplicarse 10 a 15 minutos después.</i> <i>Si el paciente requiere tres o más dosis de rescate, se debe aumentar la dosis de mantenimiento y la dosis de rescate. Para ello, se debe sumar la totalidad de las dosis de rescate en 24 horas, añadir a la dosis total diaria entre 50 a 100% de esa sumatoria y recalcular la nueva dosis diaria de mantenimiento. Si la administración es por vía oral o por bolo intravenoso, el primer aumento será de 50% de la dosis y los nuevos aumentos deben ser entre 25 a 50% de la dosis según la</i> 	BPC 

Nº	Enunciado	Tipo
	<p>intensidad de dolor. Si la administración es por vía intravenosa en infusión continua, aumentar en 15% la dosis administrada por hora.</p> <p>3. Al aumentar la dosis de mantenimiento, se debe recalcular la dosis de rescate en base al 10% del nuevo total diario del opioide de mantenimiento.</p>	
6.7	Se debe informar a los pacientes y sus familias o cuidadores sobre los beneficios, posibles efectos adversos, dependencia fisiológica, tolerancia asociada al uso de opioides, sobre la identificación y medidas de manejo de efectos secundarios, así como sobre la administración, almacenamiento y eliminación segura de los restos de estos medicamentos.	BPC 
6.8	<p>La prescripción, seguimiento del tratamiento, ajuste de dosis y la rotación de opioides está a cargo de médicos pediatras, médicos de familia o de otra especialidad con formación y/o experiencia en cuidados paliativos pediátricos*. Asimismo, para la prescripción de medicamentos debe cumplirse con las disposiciones del Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos Sujetas a Fiscalización Sanitaria.</p> <p>*De acuerdo al Documento Técnico Orientador “Disposiciones para las Prestaciones en Cuidados Paliativos Pediátricos en EsSalud 2024”</p>	BPC 
Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?		
7.1	<p>No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de gabapentina, clonidina o amitriptilina para el manejo del dolor neuropático en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.</p> <p>En este contexto clínico particular, la eventual utilización de estos fármacos depende del juicio clínico del médico tratante, quien podrá valorar de manera individualizada el posible beneficio, los riesgos y la seguridad, en conjunto con el paciente, su familia o cuidadores.</p>	No aplica
Pregunta 8. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos adyuvantes se deberían brindar para el manejo del dolor?		
8.1	<p>No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de baclofeno oral o ketamina intravenosa como adyuvantes a los opioides para el manejo del dolor en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.</p> <p>En este contexto clínico particular, la decisión respecto a su uso depende de la evaluación clínica individual del médico tratante, considerando las características y necesidades del paciente, junto con el paciente, su familia o cuidadores.</p>	No aplica

BPC: Buenas prácticas clínicas. : Recomendaciones trazadoras.

Tabla 1. Interpretación de la intensidad del dolor según las diferentes escalas de evaluación

ESCALA DE EVALUACIÓN DE DOLOR	INTERPRETACIÓN
NIPS (menores de 1 mes)	0 puntos: no dolor 2 puntos: dolor leve 3-4 puntos: dolor moderado >4 puntos: dolor intenso
FLACC (desde 1 mes hasta 3 años)	0 puntos: no dolor 1-3 puntos: dolor leve 4-6 puntos: dolor moderado 7-10 puntos: dolor intenso
FLACC R (desde 2 meses hasta 18 años)	0 puntos: no dolor 1-3 puntos: dolor leve 4-6 puntos: dolor moderado 7-10 puntos: dolor intenso
FPS (desde 4 a 12 años)	0 puntos: no dolor 1-2 puntos: dolor leve 4-6: dolor moderado 8-10 puntos: dolor intenso
EVA (mayores de 7 años)	0 puntos: no dolor 1-3 puntos: dolor leve 4-8 puntos: dolor moderado 9-10 puntos: dolor intenso

NIPS: Neonatal Infant Pain Scale; **FLACC:** Face, Legs, Activity, Cry, Consolability; **FLACC-R:** Revised FLACC; **FPS:** Faces Pain Scale; **EVA:** Escala Visual Analógica

Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Parámetros	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticula. Ceja fruncida, contracción naso labial y/o de párpados	Presente, continuo, no consolable
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable
Patrón respiratorio	Normal	Aumentado o irregular	—
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos	—
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos	—
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente	—

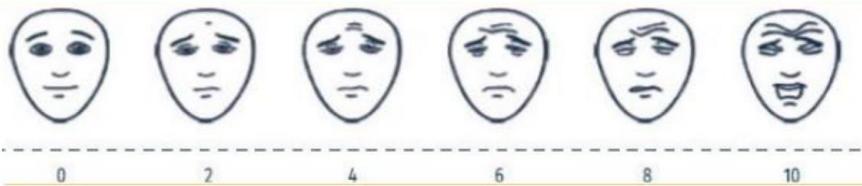
Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

Categoría	0	1	2
Expresión facial	Facies relajada, expresión neutra	Gesto de enojo ocasional, muecas o ceño fruncido. Retraído, desinteresado.	Mandíbula contraída, temblor del mentón frecuente
Piernas	Posición normal o relajada	Incómodo, inquieto, tenso	Pataleo o piernas alzadas
Actividad	Tranquilo, posición normal. Movimiento fácil.	Inquieto, tenso	Rigidez o movimientos espasmódicos
Llanto	Sin llanto. Dormido o despierto.	Gemidos o lloriqueos, con alguna mueca intermitente.	Llanto constante, quejas frecuentes
Capacidad de consuelo	Tranquilo, relajado. Dormido o despierto.	Se tranquiliza en brazos, al hablar o al tacto	Dificultad para el consuelo

Escala FLACC-R (FLACC revisado)

Categorías	0	1	2
F (Face)	Ninguna expresión especial o sonrisa.	Ocasionalmente muecas o ceño fruncido; retraído, desinteresado, se le ve triste o preocupado.	Frecuente o constante temblor del mentón. Mandíbula encajada, aprieta los dientes constantemente, expresión de susto o pánico. Conductas particulares.
L (Legs)	Posición normal, relajada, tono usual, con movimiento habitual.	Inquietas, rígidas, tensas, temblores ocasionales.	Pataleo o elevación de las piernas o flexionadas, aumento de espasticidad. Conductas particulares.
A (Activity)	Tranquilo, posición normal, movimiento fácil, respira con ritmo regular.	Retorcido, giros de acá para allá, tenso, levemente agitado (cabecea, agresivo), reservado, respiración superficial, suspiros intermitentes.	Arqueado, rígido, con sacudidas, temblores. Respiración contenida, entrecortada o inspiración prolongada. Conductas particulares.
C (Cry)	No llora (despierto o dormido).	Gemidos o lloriqueos, quejido ocasional. Arrebatos verbales u ofuscación ocasional.	Llanto continuo, gritos, sollozos fuertes, frecuentes, quejas fuertes. Conductas particulares.
C (Consolability)	Contento, relajado (dormido o despierto).	Calma con caricias o abrazos ocasionales, o al hablarle para distraerlo.	Difícil de consolar, se resiste a las medidas de cuidado y consuelo. Conductas particulares.

Escala FPS (Face Pain Scale)



Escala EVA (Escala Visual Analógica)

Figura 1. Estrategia analgésica de dos peldaños

	DOLOR MODERADO-INTENSO
	*Opioides potentes como morfina, oxicodona.
DOLOR LEVE	
Menores de 3 meses: paracetamol	Morfina: opioide de primera elección +/-
Mayores de 3 meses: AINEs (ibuprofeno, naproxeno) o paracetamol.	Menores de 3 meses: paracetamol Mayores de 3 meses: paracetamol o AINEs

Tabla 2. Características de paracetamol y AINEs en EsSalud, dosis, efectos adversos y consideraciones de uso.

Grupo farmacológico	Nombre del fármaco	Presentación (Petitorio EsSalud 2025)	Dosis (vía oral)			Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes	Contraindicaciones
			Recién nacido (0 a 29 días)	Lactante (30 días a 3 meses)	Lactantes mayores de 3 meses o Niños de 1 a 12 años			
Paracetamol < 3 meses > 3 meses	Paracetamol	Gotas 100 mg/ml × 15 ml	5-10 mg/kg cada 6 – 8 h	10 mg/kg cada 4 – 6 h	10-15 mg/kg cada 4 – 6 h	4 dosis/día	Frecuentes: náuseas y vómitos, Poco frecuentes: diarrea, dolor abdominal y hemorragia gástrica. Muy raros: trastornos hematológicos (trombocitopenia o pancitopenia) y reacciones cutáneas leves. Frecuencia no conocida: reacciones inmunológicas graves (shock anafiláctico, angioedema), entre otras	Enfermedades hepáticas graves y en personas con antecedentes de hipersensibilidad al principio activo o alguno del listado de excipientes
		Jarabe 120 mg/5 ml × 60 ml						
		Tableta 500 mg						
AINEs >3 meses	Ibuprofeno	Jarabe 100 mg/5 ml × 60 ml		5–10 mg/kg cada 6–8 h		40 mg/kg/día	Frecuentes: molestias gastrointestinales leves, erupciones cutáneas y fatiga. Poco frecuente: úlceras gástricas, alteraciones hepáticas y renales, síntomas respiratorios (asma, disnea), manifestaciones alérgicas (prurito, angioedema), trastornos hematológicos leves, insomnio o mareos. Raras: tinnitus, confusión, daño hepático o renal, y reacciones anafilácticas. Muy raras: meningitis aséptica, insuficiencia cardíaca, reacciones cutáneas severas (síndrome de Stevens-Johnson, NET), pancitopenia o insuficiencia hepática	Hipersensibilidad al principio activo o excipientes, antecedentes de reacciones alérgicas a AINEs, úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal activa o recurrente, antecedentes de sangrado gastrointestinal por AINEs, insuficiencia hepática, renal o cardíaca grave, hemorragia cerebrovascular, trastornos de la coagulación, deshidratación severa, y en el tercer trimestre del embarazo.
		Tableta 200 mg (para mayores de 12 años)						
		Tableta 400 mg (para mayores de 12 años)						

Grupo farmacológico	Nombre del fármaco	Presentación (Petitorio EsSalud 2025)	Dosis (vía oral)			Dosis máxima	Efectos adversos frecuentes	Contraindicaciones
			Recién nacido (0 a 29 días)	Lactante (30 días a 3 meses)	Lactantes mayores de 3 meses o Niños de 1 a 12 años			
	Naproxeno	Tableta 275 mg (para mayores de 12 años)			5-7 mg/kg/dosis cada 8-12 h	10-15 mg/kg/día	Frecuentes: molestias gastrintestinales como dispepsia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento y dolor abdominal. Raras: alteraciones hematológicas (leucopenia, anemia), síntomas neurológicos (cefalea, mareos, somnolencia), insomnio, depresión, daño hepático, daño renal, respiratorios (asma, disnea), dermatológicos (erupción, prurito, urticaria) y musculares (mialgias). Muy raro: ulceras, hemorragias o perforaciones gastrointestinales, entre otros	Hipersensibilidad al fármaco o a sus excipientes, antecedente de reacciones alérgicas (asma, broncoespasmo, rinitis, urticaria), úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal recurrente o previa por AINEs, insuficiencia cardíaca, hepática o renal grave, colitis ulcerosa, durante el tercer trimestre del embarazo.
	Dipirona (Metamizol)	Ampolla 1 g/2 ml			10-30 mg/kg cada 6 h	3-5 g	Poco frecuentes: erupciones cutáneas leves y reacciones de hipotensión. Raras: leucopenia, reacciones anafilácticas, erupciones exantemáticas y síndrome asmático. Muy raros: agranulocitosis, trombocitopenia, falla renal aguda, necrólisis epidémica tóxica o síndrome de Stevens-Johnson. Frecuencia no conocida: anemia aplásica, pancitopenia, shock anafiláctico, síndrome de Kounis, hemorragia gastrointestinal y coloración rojiza inocua de la orina.	Hipersensibilidad al principio activo, en reacciones alérgicas graves al paracetamol, ácido acetilsalicílico u otros AINE, casos de insuficiencia renal o hepática grave, porfiria hepática aguda y alteraciones de la médula ósea, evitar en pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y en el tercer trimestre del embarazo.

Fuente: Fichas técnicas DIGEMID 2024 y Bernadá, Mercedes et al. (2024). Manual de cuidados paliativos pediátricos: unidad de cuidados paliativos pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo: Bibliomédica

Tabla 3. Características de los opioides autorizados para uso en niños vírgenes de opioides en EsSalud, dosis, y consideraciones de uso.

Fármaco	Presentación en EsSalud	Vía	Edad	Dosis recomendada	Efectos adversos	Contraindicaciones	Observaciones
Morfina clorhidrato	jarabe de 1mg/ml (preparado magistral)	VO	Neonatos 0-30 días	VO: 0.075–0.15 mg cada 6 h	Mas frecuentes: somnolencia, estreñimiento, náuseas, vómitos, boca seca, diaforesis, retención de orina, prurito, enrojecimiento. Poco frecuentes: confusión, alucinaciones, mioclonías, hiperalgesia y depresión respiratoria.	Hipersensibilidad, depresión respiratoria, EPOC grave, uso actual o reciente (≤ 2 sem) de IMAO, infección en sitio de inyección, coagulopatía grave (para vía epidural o intratecal).	No se recomienda su uso por vía epidural o intratecal en niños. Evitar uso en niños con insuficiencia renal o disfunción hepática, consultar con especialista en cuidados paliativos pediátricos o nefrología pediátrica para adecuar dosis o usar otro opioide. Indicar un laxante junto a la prescripción de un opioide. En caso de sedación persistente, signos de depresión respiratoria y miosis, utilizar el antídoto naloxona IV cada 15 min hasta mejoría del estado de conciencia y del patrón respiratorio.
			Niños 1-6 meses	VO: 0.08–0.2 mg cada 4–6 h			
			Niños > 6 meses	0.15–0.3 mg/kg cada 4 h (máx. 7.5–15 mg/dosis)			
	Solución inyectable: 10 mg/mL o 20 mg/mL	IV, SC	Neonatos 0-30 días	IV/SC: 0.025–0.05 mg/kg cada 6 h. Infusión continua: 0.005–0.01 mg/kg/h			
			Niños 1-6 meses	IV/SC: 0.1 mg/kg cada 6 h. Infusión continua: 0.01–0.03 mg/kg/h			
			Niños > 6 meses	IV lenta: 0.05–0.1 mg/kg cada 2–4 h (máx. 15 mg/24 h). Perfusión continua: 0.01–0.02 mg/kg/h.			
Oxicodona clorhidrato*	Tabletas: 5 mg	VO	12–17 años	0.1–0.2 mg/kg cada 4 h (máx. 5–10 mg/dosis) o 0.15–0.3 mg/kg cada 6 h (máx. 7.5–15 mg).	Mas frecuentes: somnolencia, mareos, cefalea, estreñimiento, náuseas, vómitos, prurito. Frecuentes: disminución del apetito, ansiedad, insomnio, estado de confusión, temblor, disnea, dolor abdominal, sequedad de boca, dispepsia. Poco frecuentes: hipersensibilidad, deshidratación, agitación, alucinaciones, vértigo, escalofríos.	Depresión respiratoria grave, EPOC severo, asma severa, cor pulmonale, hipercapnia, íleo paralítico, abdomen agudo, vaciamiento gástrico retardado.	No se recomienda en <12 años. Requiere ajuste individual y monitoreo continuo. Si se requieren ≥ 2 dosis de rescate/día, considerar formulación de liberación modificada. Reducir gradualmente al suspender para evitar abstinencia.

Fuente: Fichas técnicas DIGEMID 2024 y Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2019). Paediatric pain treatment and prevention for hospitalized children.

*Uso exclusivo para dolor crónico oncológico, de acuerdo a Petitorio Farmacológico de EsSalud.

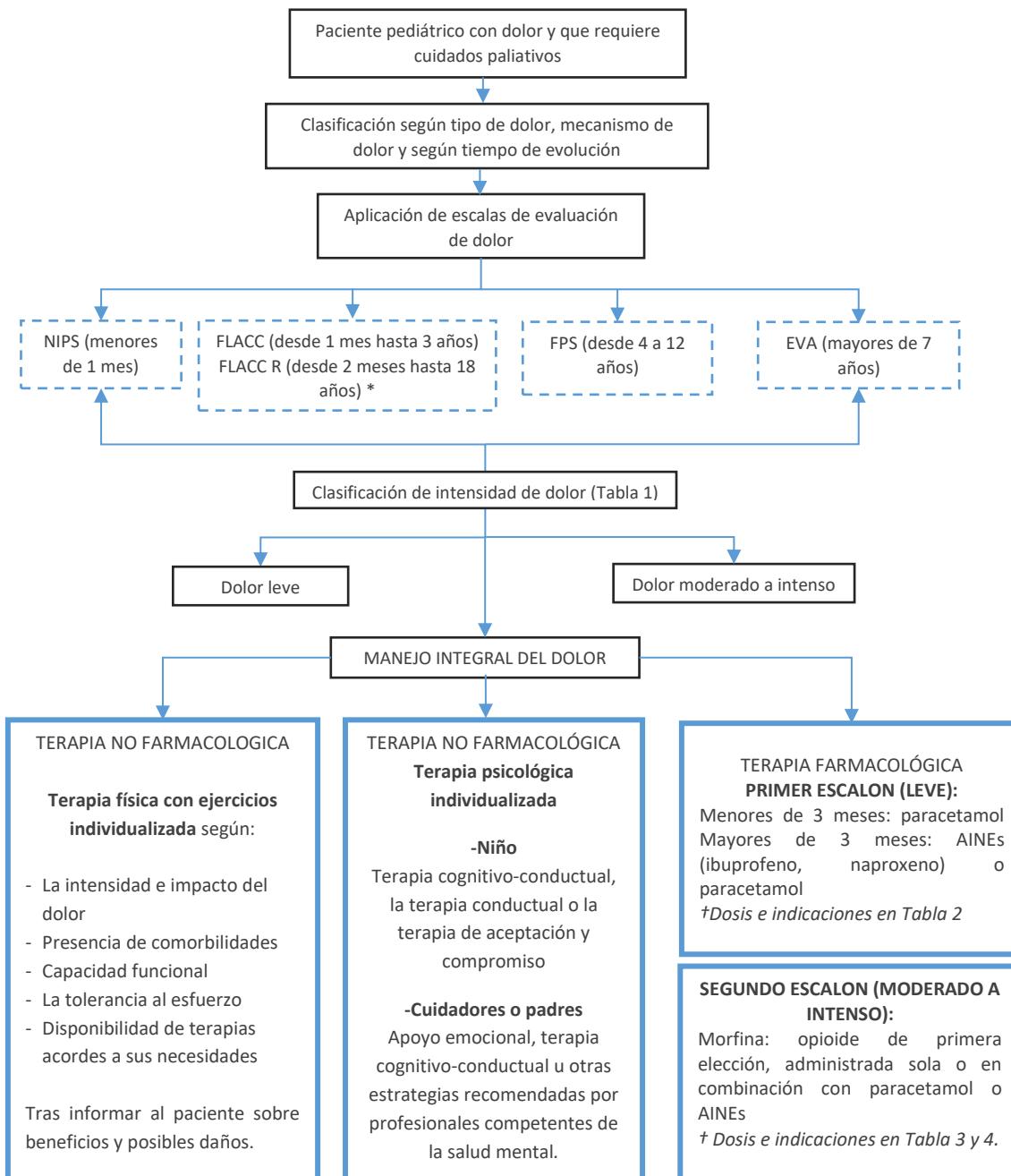
Tabla 4: Equivalencias analgésicas aproximadas de opioides en pediatría (comparadas con morfina vía oral 30mg)

Medicamento	Dosis equivalente (mg) comparado a morfina 30 mg (VO)		Duración de la acción (horas)
	Oral (VO)	Parenteral (IV/SC)	
Morfina	30 mg	10 mg	3–4
Oxicodona	15 mg	No disponible	2–4
Fentanilo	No disponible	100 mcg	0.5–1

Fuente: adaptado a partir de Center for Disease Control and Prevention (CDC) recommendations, disponible en <https://www.cdc.gov/drugoverdose/resources/data.html>

III. Flujoogramas

Flujoograma 1. Flujoograma para evaluación y manejo de paciente pediátrico con dolor y que requiere cuidados paliativos



*En niños con discapacidades cognitivas

NIPS: Neonatal Infant Pain Scale; FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability; FLACC-R: Revised FLACC; FPS: Faces Pain Scale; EVA: Escala Visual Analógica

- █ Recomendaciones fuertes
- █ Recomendaciones condicionales
- █ Buena práctica clínica (BPC)

IV. Generalidades

Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía

Los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) constituyen un enfoque integral y activo de atención orientado al cuerpo, la mente y el espíritu del niño, así como al acompañamiento de su familia y cuidadores, ante enfermedades que limitan o amenazan su vida. Inician desde el momento del diagnóstico y se brindan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento específico para su enfermedad. Su objetivo es mejorar la calidad de vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales o espirituales. Los CPP requieren un abordaje multidisciplinario, que incluye a la familia y a los cuidadores, que utilice los recursos disponibles en la comunidad, incluso cuando estos sean limitados, y se extienden más allá de la vida del niño, ofreciendo apoyo y acompañamiento en el proceso de duelo (1–3).

El dolor es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o parecida a un daño tisular real o potencial (4). En el contexto de cuidados paliativos, se considera el dolor total, definido como una experiencia integral de sufrimiento en la persona con una enfermedad amenazante y/o limitante para la vida y su familia, que no se limita al dolor físico, sino que abarca también dimensiones psicológicas, sociales y espirituales, conformando un sufrimiento único y complejo (4,5).

Según el tiempo de evolución o la duración, el dolor puede clasificarse en:

- **Dolor agudo:** Dolor de comienzo súbito, que puede durar hasta 3 meses y desaparece tras la curación o con el tratamiento, con síntomas floridos como llanto, gritos, expresión facial, movimientos y posturas corporales. Relacionado a una lesión o noxa (fractura, herida, infección, invasión tumoral, procedimientos). Si el niño con dolor agudo no es tratado, puede evolucionar a dolor crónico (6).
- **Dolor crónico:** Dolor que persiste más de 3 meses, con síntomas discretos, inespecíficos como posturas anormales, inexpresividad facial, falta de interés por el medio o el juego, inmovilidad o inquietud excesiva, enojo, alteración del sueño y del apetito, afectación del rendimiento académico. Pueden ser niños con enfermedad neurológica con dolor músculo esquelético por espasticidad, disquinesias, acortamientos tendinosos, escoliosis, luxación de caderas, estreñimiento; o niños con cáncer con invasión tumoral, dolor neuropático por quimioterapia, dolor de miembro fantasma; o niños portadores de anemia de células falciforme (6).
- **Dolor irruptivo o intercurrente:** Aumento brusco y transitorio de la intensidad del dolor en el niño cuyo dolor basal está aparentemente en un nivel controlado. No tiene un desencadenante o pueden presentarse varios episodios en el día. Frecuente en niños con cáncer (6).

Desde el punto de vista fisiopatológico, el dolor puede clasificarse en:

- **Dolor nociceptivo:** Dolor que aparece cuando una lesión tisular activa terminaciones nerviosas libres, que son sensibles a los estímulos nocivos. Es secundario a daño tisular de causa mecánica, inflamatoria, química o térmica. Puede ser somático, si está bien localizado, es continuo o intermitente; o visceral, si es difuso, mal localizado, espasmódico, cólico o con sensación de presión (7).

- **Dolor neuropático:** Dolor causado por el daño estructural y/o la disfunción de las neuronas del sistema nervioso central (SNC) o periférico. Cualquier proceso que dañe los nervios, como las afecciones metabólicas, traumáticas, infecciosas, isquémicas, tóxicas o inmunitarias, puede ocasionar dolor neuropático. Además, puede deberse a compresión nerviosa o al procesamiento anormal de las señales dolorosas por el cerebro o la médula espinal (7).
- **Dolor mixto:** En niños con enfermedades amenazantes o limitantes para la vida, muy frecuentemente coexisten ambos mecanismos. Ejemplos: en niños con cáncer, puede coexistir dolor de mecanismo nociceptivo por isquemia secundaria a compresión tumoral y neuropático por infiltración nerviosa. En niños con dolor nociceptivo, crónico, no tratado, de cualquier causa, existe sensibilización central, lo que agrega componente neuropático (6).

Las enfermedades por las que los niños requieren CPP comprenden a las enfermedades oncológicas y no oncológicas. Son enfermedades amenazantes y/o limitantes para sus vidas y en diferentes fases de evolución. Dentro de este grupo, se reconocen los siguientes conceptos:

- Enfermedad amenazante para la vida: Son enfermedades para las que existe posibilidad de tratamiento curativo específico que puede fallar (8).
- Enfermedad limitante para la vida: Son enfermedades para las que no existe cura y se espera una muerte prematura, pero con las que una persona puede seguir viviendo varios años más (1).
- Enfermedad en fase avanzada: Enfermedad que ha progresado a un pronóstico de vida limitado, con escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos, evolución oscilante y frecuentes crisis de necesidades, con impacto en la salud mental del paciente y sus familiares, la estructura cuidadora, y en la demanda y uso de recursos (9).
- Enfermedad en fase terminal: Etapa final de una enfermedad avanzada donde existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible, por lo que el pronóstico se acerca al fallecimiento del paciente. Puede incluir múltiples síntomas y signos de deterioro, cambiantes y multifactoriales, así como la pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva o establecida (9).

Tabla: Pacientes tributarios de Cuidados Paliativos Pediátricos

Grupos de enfermedades que amenazan/limitan la vida		Ejemplos
Grupo 1	a. Condición limitante de la vida en la que un tratamiento curativo es posible, pero puede fallar. b. Situación amenazante para la vida de forma aguda en paciente previamente sano	Cáncer Anomalías cardíacas complejas o severas Sepsis severa Politraumatismo
Grupo 2	Condiciones en las cuales hay una fase prolongada de tratamientos intensivos que pueden prolongar la vida y permiten actividades normales del niño, pero la muerte prematura es posible.	Fibrosis quística HIV/SIDA Enfermedades gastrointestinales severas o malformaciones (gastrosquisis) Insuficiencia renal cuando la diálisis o trasplante no están indicados Inmunodeficiencias Distrofia muscular Insuficiencia respiratoria crónica o severa Epidermolisis bullosa severa

Grupos de enfermedades que amenazan/limitan la vida		Ejemplos
Grupo 3	Condiciones progresivas sin posibilidades de tratamiento curativo en las que el tratamiento es exclusivamente paliativo.	Mucopolisacaridosis Alteraciones metabólicas progresivas Cáncer metastásico ya al diagnóstico sin tratamiento curativo Atrofia muscular espinal tipo I
Grupo 4	Condiciones no progresivas con alteraciones neurológicas severas las cuales pueden causar mayor susceptibilidad a complicaciones del estado de salud.	Parálisis cerebral infantil Síndromes polimalformativos Secuelas neurológicas severas secundarias Injuria cerebral hipóxica o anóxica
Grupo 5	a. Condición limitante de la vida diagnosticada prenatalmente. b. Condición amenazante o limitante diagnosticada tras el nacimiento.	Síndromes polimalformativos (trisomía 13, trisomía 18) Anencefalia Asfixia neonatal Prematuridad extrema con complicaciones neurológicas/respiratorias
Grupo 6	Familiares de un feto o niño que fallece de forma inesperada	Muerte fetal Encefalopatía hipóxico-isquémica Sepsis abrumadora en un niño previamente sano Traumatismo por accidente de tráfico Quemaduras.

Fuente: Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families (2020) and World Health Organization Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics (2018)

A nivel mundial, se estima que más de 21 millones de niños requieren cuidados paliativos, y un porcentaje importante de ellos presenta dolor significativo en el curso de enfermedades oncológicas y no oncológicas en fases avanzadas o terminales (5). En el Perú, no se cuenta con datos epidemiológicos específicos sobre la prevalencia del dolor en población pediátrica con enfermedades amenazantes o limitantes para la vida; sin embargo, la carga de enfermedad crónica progresiva y el impacto en la calidad de vida de estos pacientes y sus familias hacen prioritaria la investigación.

Una adecuada evaluación y tratamiento del dolor en niños con necesidades paliativas es fundamental para reducir el sufrimiento y la carga emocional, así como para favorecer una atención centrada en el paciente y su familia. La complejidad de estos cuidados exige un abordaje multidisciplinario y la aplicación de estrategias basadas en evidencia, que consideren el contexto particular de cada paciente. Por ello, el Seguro Social de Salud (EsSalud) ha priorizado la elaboración de la presente Guía de Práctica Clínica (GPC), con el propósito de brindar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible a fin de apoyar la toma de decisiones clínicas para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos.

La elaboración de esta GPC fue conducida por la Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud.

Objetivo y población de la GPC

- **Objetivos de la GPC:**
 - Brindar recomendaciones para la evaluación y clasificación del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos.

- Brindar recomendaciones para un abordaje integral de manejo del dolor, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos y sus familias.
- **Población a la cual se aplicará la GPC:**
 - Población pediátrica, menores de 18 años, que requieren cuidados paliativos.
 - Padres o cuidadores de pacientes pediátricos, menores de 18 años, que requieren cuidados paliativos.

Usuarios y ámbito de la GPC

- **Usuarios de la GPC:**
 - Esta GPC está dirigida al personal médico y no médico que participa en la atención multidisciplinaria de pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos.
 - Las recomendaciones están dirigidas a pediatras, médicos de familia, anestesiólogos, intensivistas, médicos generales, médicos gestores, médicos residentes, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y demás profesionales que integran los equipos de cuidados paliativos pediátricos. Asimismo, pueden servir como referencia para estudiantes de ciencias de la salud, así como para las familias y cuidadores de los pacientes.
- **Ámbito asistencial:**
 - Comprende los servicios o unidades de cuidados paliativos pediátricos, así como los diferentes entornos de atención pediátrica (hospitalización, emergencia y atención domiciliaria) donde se brinde atención a pacientes pediátricos oncológicos y no oncológicos de EsSalud que requieran cuidados paliativos.

Proceso o procedimiento a estandarizar

- Nombre y código CIE-10
 - Contacto para Cuidados Paliativos (Z51.5)
 - Dolor, no clasificado en otra parte (R52)

V. Metodología

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC está detallado en su versión “inextenso”, la cual puede descargarse de la página web del IETSI de EsSalud (<https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/>).

En resumen, se aplicó la siguiente metodología:

Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG):

Se conformó un GEG, que incluyó metodólogos y médicos pediatras, pediatras intensivistas, pediatras oncólogos y anestesiólogos.

Formulación de preguntas:

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG formuló preguntas clínicas, cada una de las cuales pudo tener una o más preguntas PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*). A su vez, cada pregunta PICO pudo tener uno o más desenlaces (o *outcomes*) de interés.

Búsqueda y selección de la evidencia:

Para cada pregunta PICO, durante febrero a setiembre del 2025, se buscaron revisiones sistemáticas (RS) publicadas como artículos científicos (mediante búsquedas sistemáticas en PubMed y Biblioteca Cochrane) o realizadas como parte de una GPC previa (mediante una búsqueda sistemática de GPC). Cuando se encontraron RS de calidad aceptable, se escogió una para cada desenlace de interés, la cual fue actualizada cuando el GEG lo consideró necesario. Cuando no se encontró ninguna RS de calidad aceptable, se realizó una búsqueda *de novo* de estudios primarios.

Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos:

Para cada desenlace de cada pregunta PICO, se evaluó la certeza de la evidencia siguiendo la metodología de *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) (8).

Evaluación del riesgo de sesgo y diferencia mínimamente importante (DMI):

Para cada estudio primario incluido se evaluó el riesgo de sesgo con las herramientas validadas y las condiciones mencionadas en la versión “inextenso” de la guía. Además, para evaluar la relevancia clínica de los efectos observados en cada desenlace, se estimaron las Diferencias Mínimas Importantes (DMI).(10) Las DMI se definieron a partir de la literatura y consenso del GEG; para ello, se asignaron valores de utilidad según el marco GRADE.(11) Un efecto se consideró clínicamente importante solo si su efecto absoluto superaba el umbral de DMI establecido en las tablas de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF). Los valores de DMI por desenlace y la fecha de adopción de esta metodología se encuentran en la versión “inextenso” de la guía.

Formulación de las recomendaciones:

El GEG revisó la evidencia seleccionada para cada pregunta clínica en reuniones periódicas, usando los marcos *Evidence to Decision* (EtD) de la metodología GRADE (9, 10). Para ello, tuvo en consideración: 1) Beneficios y daños de las opciones, 2) Valores y preferencias de los pacientes, 3) Aceptabilidad por parte de los profesionales de salud y pacientes, 4) Equidad, 5) Factibilidad de las opciones en EsSalud, y 6) Uso de recursos. Luego de discutir estos criterios para cada pregunta, el GEG, por consenso o por mayoría simple, formuló cada recomendación,

asignándole una fuerza (fuerte o condicional) y una certeza de la evidencia (alta, moderada, baja, o muy baja).

Selección de recomendaciones y BPC trazadoras:

Se valoró cada enunciado (recomendación y buena práctica clínica) de la guía utilizando cuatro criterios: impacto clínico en el paciente, impacto en el proceso de atención, costos de implementación y tipo de enunciado. Los enunciados con mayor puntaje fueron seleccionados como trazadores.

Revisión por expertos externos:

La presente GPC fue revisada en reuniones con especialistas externos al grupo elaborador y tomadores de decisiones de EsSalud. Asimismo, su versión extensa fue enviada por vía electrónica a expertos clínicos externos para su revisión. Cuando correspondió, el GEG incorporó sus aportes y observaciones en los enunciados formulados.

VI. Recomendaciones

La presente GPC abordó 8 preguntas clínicas, y se formularon 5 recomendaciones (1 fuerte y 4 condicionales), 8 BPC, y 1 fluograma.

A. Diagnóstico

A.1. Escalas de evaluación del dolor

Pregunta 1. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué escalas se deberían utilizar para la evaluación del dolor?

BPC:

1.1. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, aplicar las siguientes escalas de evaluación del dolor según edad:

- Usar la escala NIPS, en menores de 1 mes.
- Usar la escala FLACC, desde 1 mes hasta los 3 años.
- Usar la escala FLACC-R, desde los 2 meses a 18 años en menores con discapacidades cognitivas.
- Usar la escala FPS, desde los 4 a 12 años en menores que puedan autorreportar su dolor.
- Usar la escala EVA, en niños mayores de 7 años con capacidad cognitiva para entender el concepto de una línea continua

Consideraciones:

1. Las escalas recomendadas permiten interpretar la intensidad del dolor (leve, moderado o severo), lo cual es fundamental para orientar la decisión terapéutica en cuidados paliativos pediátricos. La descripción de cada escala y sus puntos de corte según la intensidad se presentan en la Tabla 1.
2. Su aplicación debe realizarse al inicio de la evaluación, para establecer un valor basal, y en las reevaluaciones, para monitorizar la evolución y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Justificación de BPC relevantes:

Se realizó una búsqueda sistemática para responder esta pregunta, sin encontrar RS ni ECA. Por ello, se decidió emitir una BPC al respecto. De acuerdo con GPC de la OMS 2012 sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas y el documento de la Sociedad Canadiense de Pediatría (7,12) sobre la evaluación y manejo del dolor en niños, se consideró que el uso de escalas validadas según la edad y el desarrollo cognitivo; como NIPS, FLACC, FLACC-R, FPS y EVA; constituyen un estándar internacional que permite una valoración del dolor, mejora la comunicación entre el equipo de salud y la familia, y orienta decisiones terapéuticas adecuadas según la intensidad del dolor encontrada. Los beneficios del uso sistemático de estas herramientas superan ampliamente los posibles daños, limitados principalmente a errores de interpretación o aplicación inadecuada. Además, su implementación demanda recursos mínimos y es altamente factible, aunque requiere reforzar la capacitación del personal y la adherencia a los protocolos de evaluación. Esta BPC, sustentada en guías y documentos internacionales (7,12), asegura la evaluación estandarizada y continua

del dolor en población pediátrica, contribuyendo a optimizar el manejo analgésico, reducir la subvaloración del dolor y fortalecer la calidad de la atención centrada en el paciente.

B. Tratamiento

B.1. Terapia física con ejercicios

Pregunta 2. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?

Recomendación:

2.1. En pacientes menores de 18 años con dolor crónico y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia física con ejercicios como parte del tratamiento.
(Recomendación condicional , certeza muy baja  de la evidencia)

Consideración:

En menores de 18 años con dolor crónico, la indicación de terapia física con ejercicios debe ser individualizada, considerando la intensidad y el impacto del dolor somático, la presencia de comorbilidades, la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo y disponibilidad de terapias acordes a sus necesidades, luego de informar al paciente, familiar o cuidador sobre sus beneficios y posibles daños.

Se tomó como referencia la RS de Fisher 2022 (13), utilizada por la guía de la OMS 2020, que incluyó entre 1 y 6 ECA según desenlace, en población pediátrica con dolor crónico de diversas etiologías. Las intervenciones incluyeron programas estructurados de terapia física con ejercicios, yoga o programas de fortalecimiento progresivo, comparados con intervenciones educativas breves. La evidencia sugiere que la terapia física con ejercicios podría mejorar la discapacidad funcional postratamiento (DME: -0.64; IC95% -0.95 a -0.34), aunque la evidencia fue muy incierta para los efectos sobre la intensidad del dolor, la calidad de vida, la funcionalidad a largo plazo y los eventos adversos. El balance entre beneficios y daños probablemente favorece la intervención, dado que los beneficios se consideraron moderados y los daños triviales. Los costos son pequeños, la aceptabilidad es alta tanto para pacientes como para profesionales, y se consideró factible de implementar, aunque se reconoce la limitada disponibilidad de especialistas. Sin embargo, la falta de cobertura en todos los niveles de atención podría reducir la equidad en el acceso. Por ello, se emitió una recomendación *a favor* de brindar terapia física con ejercicios como parte del manejo integral del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Debido a que la certeza general de la evidencia fue *muy baja*, la recomendación es *condicional*.

B.2. Terapia psicológica para niños

Pregunta 3. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?

Recomendación:

- 3.1 En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia psicológica como parte del tratamiento.
(Recomendación condicional , certeza muy baja    de la evidencia)

Consideraciones:

1. En niños con dolor, el manejo psicológico debe ser individualizado según la condición clínica del paciente, utilizando terapia cognitivo-conductual, la terapia conductual, así como la terapia de aceptación y compromiso.
2. La terapia psicológica puede adaptarse y ofrecerse de manera presencial, a distancia o mediante un enfoque combinado para responder mejor a las necesidades específicas de cada niño.

Se tomó como referencia la RS de Fisher 2022, utilizada por la guía de la OMS 2020, que incluyó entre 6 y 67 ECA según desenlace, en niños y adolescentes con dolor crónico de diversas etiologías. La intervención consistió en terapias psicológicas, principalmente terapia cognitivo-conductual, terapia conductual y terapia de aceptación y compromiso, frente a la atención estándar. Los resultados mostraron que la intervención podría aumentar la satisfacción global con el tratamiento (DME: -0.43, IC 95% -0.60 a -0.26), aunque la evidencia fue incierta respecto a la reducción de la intensidad del dolor, la discapacidad funcional y la mejora de la calidad de vida. Asimismo, no se observaron efectos importantes sobre la ansiedad o depresión. En conjunto, los beneficios se consideraron pequeños, los daños triviales, los costos pequeños y la intervención probablemente incrementa la equidad, además de ser aceptable y factible de implementar como parte de un manejo multidisciplinario. Por ello, se emitió una recomendación *a favor* de brindar terapia psicológica en pacientes menores de 18 años con dolor que requieren cuidados paliativos. Debido a que la certeza general de la evidencia fue *muy baja*, la recomendación es condicional.

B.3. Terapia psicológica para cuidadores o padres

Pregunta 4. En niños menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica dirigida a sus cuidadores o padres?

Recomendación:

- 4.1 En padres o cuidadores de niños con dolor y que requieren cuidados paliativos, sugerimos ofrecer terapias psicológicas y/o apoyo emocional, como parte de un enfoque integral de atención.
(Recomendación condicional , certeza muy baja    de la evidencia)

Consideración:

Dentro de las intervenciones psicológicas dirigidas a padres o cuidadores, considerar la terapia cognitivo-conductual u otras estrategias recomendadas por profesionales competentes de la salud mental acorde a las características y necesidades específicas de cada paciente y sus padres o cuidadores.

Se tomó como referencia la RS de Law 2019, que incluyó de 8 a 12 ECA según desenlace, en niños con enfermedades crónicas que cursaban con dolor persistente. La intervención consistió en terapias psicológicas dirigidas a padres o cuidadores, principalmente terapia cognitivo-conductual (TCC) y terapia de solución de problemas (TSP), comparadas frente a la ausencia de intervención psicológica o educación general. Se encontró que con la intervención podrían disminuir los síntomas de salud mental en los cuidadores (DME: -0.24, IC 95% -0.42 a -0.06), podría ser que no modificáramos de forma importante los síntomas de salud mental en los niños, y la evidencia fue incierta respecto a la reducción de la intensidad del dolor del niño, la discapacidad funcional del niño y la conducta de los padres. En conjunto, los beneficios se consideraron moderados, los daños triviales, los costos son pequeños, probablemente incrementa la equidad y es una intervención que probablemente será aceptable y factible de implementar para los padres y cuidadores como parte de un manejo integral del paciente y su familia. Por ello, se emitió una recomendación *a favor* del uso de terapias psicológicas y/o apoyo emocional en padres o cuidadores de niños con dolor, como parte de un enfoque integral de atención. Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue *condicional*.

B.4. Primera escala analgésica para el manejo del dolor

Pregunta 5. En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar en la primera escalera analgésica para el manejo del dolor?

Recomendación:

5.1. En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, sugerimos iniciar terapia con AINEs o paracetamol, de acuerdo a la valoración clínica.
(Recomendación condicional , certeza baja     de la evidencia)

Consideraciones:

1. En lactantes menores de 3 meses, considerar el uso exclusivo de paracetamol, mientras que, en niños mayores de 3 meses, se podrá utilizar paracetamol o AINEs. La administración debe realizarse a intervalos regulares, de acuerdo con las pautas de dosificación recomendadas según la edad y el peso del niño. Se sugiere preferir la vía oral, aunque pueden considerarse otras vías de administración según el contexto (juicio clínico, disponibilidad y preferencias del paciente). La individualización del tratamiento debe ser estrictamente dentro de las pautas de dosificación recomendadas, con el objetivo de minimizar el riesgo de eventos adversos graves. Las características de estos medicamentos en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 2.
2. Reevaluar el dolor cada 4 a 6 horas, considerando intervalos más cortos según la intensidad del dolor y la evolución clínica. Para esta reevaluación, se debe utilizar un instrumento de evaluación del dolor apropiado para la edad y el nivel de desarrollo del niño.

Se tomó como referencia la RS con metaanálisis en red de Olejnik 2025 (14) en pacientes pediátricos con dolor agudo ya que no se encontraron RS específicas para población pediátrica

que requiere cuidados paliativos. Este incluyó 10 ECA que evalúan de forma directa la eficacia y seguridad del paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) frente a placebo y se evalúa de forma indirecta la combinación de AINEs + paracetamol frente a placebo, en población pediátrica con dolor agudo (<4 semanas) en contextos ambulatorios. Se encontró que, al administrar paracetamol podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor, en 1 punto (IC95% -1.71 a -0.29) en una escala del 1 al 10 de la escala EVA y podría ser que no modifiquemos de forma importante la aparición de eventos adversos gastrointestinales y dermatológicos. Mientras que, al usar AINEs podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor en 1.29 puntos (IC 95% -1.89 a -0.70), y el requerimiento de medicación de rescate en 15.2 por cada 100 pacientes (IC 95% -18.9 a -7.3), no obstante, la evidencia es muy incierta sobre la aparición de eventos adversos gastrointestinales. Finalmente, con la combinación de AINEs + paracetamol, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor, en 1.37 puntos (IC95% -2.92 a +0.18) en una escala del 1 al 10 de la escala EVA. Sin embargo, esta estimación proviene exclusivamente de evidencia indirecta y los daños asociados a la combinación se desconocen, ya que el metaanálisis en red no permitió obtener estimaciones directas para eventos adversos gastrointestinales o dermatológicos.

En base a estos resultados, los beneficios se consideraron entre moderados y grandes para todas las intervenciones evaluadas, mientras que los daños fueron valorados como pequeños para AINEs, como triviales para paracetamol, y se desconocen para la combinación de AINEs + paracetamol. Los costos se consideraron pequeños y son intervenciones aceptables, debido a que son opciones ampliamente disponibles, con gran experiencia de uso entre el personal de salud. Por ello, se emitió una recomendación *a favor* del uso de terapia con AINEs o paracetamol en pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan dolor leve. Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue *condicional*.

B.5. Segunda escalera analgésica para el manejo de dolor

Pregunta 6. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y que presenten dolor moderado a intenso, ¿qué fármacos se deberían brindar en la segunda escalera analgésica para el manejo del dolor?

Recomendación:

- 6.1. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y que presenten dolor moderado a intenso, sugerimos escalar el tratamiento a opioides potentes, siendo la morfina el opioide de primera elección. De acuerdo con la valoración clínica y el contexto individual del paciente, esta puede ser administrada sola o en combinación con paracetamol. La combinación con AINEs puede considerarse como alternativa adicional.

*Opioides potentes: morfina clorhidrato y oxicodona.

(Recomendación condicional , certeza baja    de la evidencia)

BPC:

- 6.2. La morfina es el opioide de primera elección para el manejo del dolor agudo y persistente, moderado a intenso en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. En caso de respuesta insuficiente, desarrollo de tolerancia o aparición de efectos adversos intolerables, considerar la rotación de opioide, de acuerdo con la disponibilidad y el juicio clínico.

Consideraciones:

1. En caso de rotación de opioide, convierta la dosis del opioide actual a su equivalente en morfina por la misma vía de administración, o, si está indicado, realice el cambio de vía oral a IV o SC conforme a las dosis de equivalencia detalladas en la Tabla 4.
2. Si la rotación se realiza por efectos adversos intolerables, reduzca la dosis calculada en un 25–50%. Si la rotación se realiza por falta de eficacia o respuesta insuficiente, no reduzca la dosis.

BPC:

6.3. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso, evitar el uso de opioides menores como tramadol o codeína.

BPC:

6.4. La vía oral/enteral es la de elección para la administración de opioides. Si no es posible, se seleccionará una vía alternativa (subcutánea, intravenosa) según el contexto y evitando la vía intramuscular.

BPC:

6.5. Las dosis de opioides deben titularse de forma individualizada y progresiva hasta alcanzar la dosis mínima eficaz para un alivio aceptable del dolor sin efectos adversos intolerables. Es obligatorio el monitoreo clínico constante de la respuesta y de la aparición de efectos adversos.

Consideraciones:

1. Las características de estos medicamentos para niños vírgenes de opioides en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 3 y 4.
2. En caso de retiro de opioides, la dosis debe disminuirse de forma gradual para evitar el síndrome de abstinencia. Si el tratamiento fue menor de 5 días, puede suspenderse sin descenso gradual. En tratamientos de 5 días o más, se recomienda reducir la dosis en un 20–30% cada 24 horas. En tratamientos de más de 14 días, se sugiere disminuir 10% cada 24 a 48 horas. Una vez alcanzada la dosis inicial de inicio del tratamiento, este puede suspenderse.

BPC:

6.6. El tratamiento de mantenimiento con opioides debe pautarse en forma reglada, a intervalos regulares para asegurar analgesia de base, con períodos interdosis según la vida media del medicamento y edad del niño. En caso de dolor irruptivo o dolor entre las dosis, administrar dosis de rescate que debe corresponder al 10–20% de la dosis total diaria del opioide de base y administrarse por la misma vía usada para el tratamiento basal.

Consideraciones:

1. Si la dosis de rescate se administra por vía oral, debe darse al menos 30 minutos después de la dosis reglada; si se utiliza la vía intravenosa o subcutánea, debe aplicarse 10 a 15 minutos después.
2. Si el paciente requiere tres o más dosis de rescate, se debe aumentar la dosis de mantenimiento y la dosis de rescate. Para ello, se debe sumar la totalidad de las dosis de rescate en 24 horas, añadir a la dosis total diaria entre 50 a 100% de esa sumatoria y recalcular la nueva dosis diaria de mantenimiento. Si la administración es por vía oral o por bolo intravenoso, el primer aumento será de 50% de la dosis y los nuevos aumentos deben ser entre 25 a 50% de la dosis según la intensidad de dolor. Si la administración es por vía intravenosa en infusión continua, aumentar en 15% la dosis administrada por hora.

3. Al aumentar la dosis de mantenimiento, se debe recalcular la dosis de rescate en base al 10% del nuevo total diario del opioide de mantenimiento.

BPC:

6.7. Se debe informar a los pacientes y sus familias o cuidadores sobre los beneficios, posibles efectos adversos, dependencia fisiológica, tolerancia asociada al uso de opioides, sobre la identificación y medidas de manejo de efectos secundarios, así como sobre la administración, almacenamiento y eliminación segura de los restos de estos medicamentos.

BPC:

6.8. La prescripción, seguimiento del tratamiento, ajuste de dosis y la rotación de opioides está a cargo de médicos pediatras, médicos de familia o de otra especialidad con formación y/o experiencia en cuidados paliativos pediátricos*. Asimismo, para la prescripción de medicamentos debe cumplirse con las disposiciones del Reglamento de Estupefacientes Psicotrópicos Sujetas a Fiscalización Sanitaria.

*De acuerdo al Documento Técnico Orientador “Disposiciones para las Prestaciones en Cuidados Paliativos Pediátricos en EsSalud 2024”

Se tomó como referencia la RS con metaanálisis en red de Olejnik 2025 (14) en pacientes pediátricos con dolor agudo ya que no se encontraron RS específicas para población pediátrica que requiere cuidados paliativos. Este incluyó 10 ECA que evalúan la eficacia y seguridad del uso de opioides potentes solos o en combinación con AINES o paracetamol, comparados con placebo, para el manejo de dolor agudo en población pediátrica. Se encontró que, al administrar solo opioides potentes podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor, en 1.19 puntos (IC95% -1.83 a -0.55) en una escala del 1 al 10 de la escala EVA y podría incrementarse de forma importante los eventos adversos gastrointestinales en 8 eventos por cada 100 (IC 95% -1.6 a +36.2). Mientras que al usar opioides potentes en combinación con AINES o paracetamol, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor en 1.02 puntos (IC 95% -2.09 a +0.05) en caso de combinar con AINES y en 1.4 puntos (IC 95% -3.11 a +0.28) en caso de combinar con paracetamol.

En base a estos resultados, los beneficios se consideraron entre pequeños a moderados para todas las intervenciones mencionadas, mientras que los daños fueron valorados como pequeños y moderados. Los costos se consideraron pequeños y probablemente sean intervenciones aceptadas, debido a que son opciones ampliamente disponibles y factibles de implementar. Por ello, se emitió una recomendación **condicional a favor** de escalar a opioides potentes en pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso, siendo **la morfina el opioide de primera elección**, administrada sola o en combinación con paracetamol según la valoración clínica y el contexto del paciente. Mientras que, la combinación con AINEs puede considerarse como una alternativa adicional.

Justificación de BPC relevantes:

6.2. Guías internacionales como la OMS 2020 y la Guía Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (15,16) coinciden en recomendar a la morfina como el opioide de primera elección para el manejo del dolor moderado a intenso en niños que requieren cuidados paliativos, por su

eficacia comprobada, amplia disponibilidad y perfil de seguridad conocido. En caso de respuesta insuficiente, tolerancia o efectos adversos intolerables, el GEG consideró esencial la posibilidad de rotación de opioides o cambio de vía de administración, ajustando las dosis conforme a tablas de equivalencia y reduciendo entre 25 % y 50 % la dosis calculada cuando la rotación se realiza por toxicidad. El balance beneficio daño fue considerado favorable, la morfina mejora el control del dolor y la calidad de vida, mientras que los riesgos son conocidos y manejables. En cuanto al uso de recursos, la morfina es un medicamento esencial de bajo costo, y los esquemas de rotación son factibles dentro de la práctica habitual. Su factibilidad y aceptabilidad son altas debido a la amplia disponibilidad del fármaco, la experiencia del personal en su manejo y debido a que prioriza el alivio del sufrimiento y el confort del paciente.

6.3. El uso de opioides menores como tramadol o codeína se debe evitar en pacientes pediátricos con dolor moderado a intenso, que requieren cuidados paliativos, dado su escaso beneficio analgésico comparado con opioides potentes y el mayor riesgo de efectos adversos e impredecibilidad en el metabolismo. Tanto la Guía de la OMS sobre manejo del dolor en pediatría como la Guía Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (15,16) desaconsejan el uso de codeína y tramadol, debido a la amplia variabilidad genética en el metabolismo hepático mediado por la enzima CYP2D6. Los metabolizadores ultrarrápidos pueden transformar estos fármacos en concentraciones tóxicas de morfina o metabolitos activos, lo que se ha asociado con depresión respiratoria grave y mortalidad.

6.4. La vía oral o enteral es la de elección para la administración de opioides en niños que requieren cuidados paliativos, por su eficacia comparable, comodidad y menor invasividad. Las guías internacionales, como la OMS 2020 y la Guía Española de Cuidados Paliativos Pediátricos, recomiendan utilizar la vía más simple, eficaz y menos invasiva posible, siendo la vía oral o enteral la de elección por su comodidad, bajo costo y adecuada absorción. Esta vía favorece la adherencia y minimiza el sufrimiento, coherente con los principios de los cuidados paliativos. Cuando la vía oral no sea posible, se sugiere optar por la vía subcutánea como alternativa práctica y segura, y por último, la vía intravenosa. En contraste, la vía intramuscular debe evitarse por su carácter doloroso y absorción variable. Esta BPC es factible de implementar en el contexto de EsSalud, por su disponibilidad, además que asegura un adecuado balance beneficio-riesgo priorizando el confort y la seguridad del paciente pediátrico.

6.5. La titulación de opioides debe realizarse de forma progresiva e individualizada hasta alcanzar la dosis mínima eficaz que proporcione alivio del dolor sin generar efectos adversos intolerables. Las directrices de CDC 2022 (17), VA/DoD 2021 (18) y MD Anderson 2025 (19) recomiendan iniciar opioides a la dosis más baja posible y ajustarla progresivamente según la respuesta clínica y la aparición de efectos adversos. Esta práctica favorece el equilibrio entre analgesia eficaz y seguridad, reduciendo el riesgo de sobredosis, dependencia o reacciones graves. Asimismo, es importante el monitoreo constante y la reducción gradual de la dosis para evitar el síndrome de abstinencia, especialmente en tratamientos prolongados. Se recomienda disminuir la dosis entre un 20–30% cada 24 horas y vigilar los síntomas de abstinencia con herramientas validadas como la Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS). La titulación individualizada y la vigilancia activa son prácticas factibles y costo-efectivas en los servicios de cuidados paliativos pediátricos de EsSalud, garantizando un manejo seguro, eficaz y centrado en el paciente.

6.6. El tratamiento de mantenimiento con opioides debe pautarse a intervalos regulares para asegurar una analgesia constante, complementado con dosis de rescate (10–20% de la dosis total diaria) ante dolor irruptivo, administradas por la misma vía. Este esquema favorece un

control estable del dolor y evita fluctuaciones de concentración plasmática que puedan causar picos de dolor o sobredosis. Además, es necesario estandarizar el cálculo de dosis de rescate y los ajustes progresivos de la dosis de mantenimiento, considerando la vía de administración y los intervalos mínimos entre dosis para prevenir eventos adversos graves como depresión respiratoria. Este manejo es factible en las unidades de cuidados paliativos pediátricos, y garantiza una analgesia continua, eficaz y segura, alineada con las recomendaciones internacionales vigentes.

6.7. La información y educación a pacientes, familias o cuidadores sobre los beneficios, posibles efectos adversos, tolerancia y dependencia fisiológica asociada al uso de opioides es una práctica esencial en cuidados paliativos pediátricos. La educación y acompañamiento continuo mejoran la adherencia terapéutica, fortalecen la confianza de los cuidadores y reducen riesgos asociados al mal uso, sobredosificación o intoxicaciones accidentales. Dado su bajo costo, alta factibilidad y valor preventivo, esta medida constituye una práctica esencial y transversal en los programas de cuidados paliativos pediátricos, asegurando un uso responsable y seguro de los opioides en el hogar y en los servicios de salud.

6.8. La prescripción y el seguimiento del tratamiento con opioides deben estar a cargo de médicos pediatras, médicos de familia o de otra especialidad con formación y/o experiencia en cuidados paliativos pediátricos, responsables del ajuste de dosis, monitoreo de la respuesta y detección temprana de efectos adversos. Este enunciado, está acorde a lo dispuesto en el Documento Técnico Orientador “Disposiciones para las Prestaciones en Cuidados Paliativos Pediátricos en EsSalud 2024” y asimismo busca mejorar la seguridad del paciente, optimizar el control del dolor y asegurar el cumplimiento del marco regulatorio nacional, reduciendo riesgos asociados a errores de prescripción o manejo inadecuado. Aunque implica fortalecer la capacitación del personal médico, su implementación es factible en el contexto de EsSalud y representa una medida esencial para garantizar un uso racional y seguro de los opioides en población pediátrica que requiere cuidados paliativos.

B.6. Tratamiento farmacológico adyuvante

Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?

No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de gabapentina, clonidina o amitriptilina para el manejo del dolor neuropático en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.

En este contexto clínico particular, la eventual utilización de estos fármacos depende del juicio clínico del médico tratante, quien podrá valorar de manera individualizada el posible beneficio, los riesgos y la seguridad, en conjunto con el paciente, su familia o cuidadores.

Justificación:

La búsqueda sistemática, amplia y no restringida a cuidados paliativos, no identificó revisiones sistemáticas, ensayos clínicos ni estudios observacionales comparativos sobre el uso de gabapentina ni clonidina para dolor neuropático en población pediátrica, por lo que no existe

evidencia aplicable para responder a esta pregunta. En el caso de amitriptilina, la evidencia identificada no permitió determinar el balance de los efectos respecto al uso de amitriptilina versus placebo (o su no administración) así mismo, fue calificada como de muy baja certeza. Adicionalmente, el uso de estos medicamentos para este escenario clínico no estuvo incluido en las respectivas fichas técnicas emitidas por la Autoridad Nacional de Medicamentos, constituyendo un uso fuera de etiqueta.

Por otro lado, se identificaron guías y documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que mencionan a la **gabapentina, clonidina y amitriptilina** como posibles opciones terapéuticas para el manejo del dolor neuropático en niños. Entre ellas se incluyen el *Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management* (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023), las recomendaciones del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2021) sobre cuidados al final de la vida en población pediátrica y el manual *Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care de Together for Short Lives* (2022) (20–22). Estas fuentes, si bien señalan la posible utilidad de dichos fármacos como adyuvantes analgésicos para el dolor neuropático, sin embargo, sus enunciados se sustentan en la experiencia clínica y la extrapolación de resultados de estudios en adultos, sin evidencia procedente de ensayos clínicos controlados ni estudios observacionales comparativos en población pediátrica. En consecuencia, no es posible establecer con certeza la eficacia ni la seguridad de la gabapentina, clonidina o amitriptilina en este contexto. Por ello, no fue posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra). Dado el contexto clínico particular, se explica que cualquier eventual uso debe quedar en el ámbito del juicio clínico individual, considerando el posible beneficio, los riesgos, la seguridad y el diálogo con el paciente y su familia o cuidadores. Finalmente, el GEG identificó como necesidad prioritaria la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad de estos fármacos para el manejo del dolor neuropático en población pediátrica que recibe cuidados paliativos.

Pregunta 8. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos adyuvantes se deberían brindar para el manejo del dolor?

No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de baclofeno oral o ketamina intravenosa como adyuvantes a los opioides para el manejo del dolor en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.

En este contexto clínico particular, la decisión respecto a su uso depende de la evaluación clínica individual del médico tratante, considerando las características y necesidades del paciente, junto con el paciente, su familia o cuidadores.

Justificación:

La búsqueda sistemática, amplia y no restringida a cuidados paliativos, no identificó revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados ni estudios observacionales comparativos que evaluaran el uso de baclofeno oral o ketamina intravenosa como adyuvantes a los opioides para el manejo del dolor en población pediátrica. Por ello, se concluyó que no existe evidencia aplicable para responder a esta pregunta de la GPC.

Existen documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que mencionan al **baclofeno oral** como una opción terapéutica adyuvante, particularmente en casos de dolor asociado a espasticidad o espasmos musculares (20,22,23), y a la **ketamina intravenosa** como posible adyuvante en el manejo del dolor refractario en población pediátrica con enfermedad avanzada, cuando las estrategias analgésicas convencionales no logran un control adecuado (8,16,20,21,23). No obstante, los documentos identificados se basan principalmente en la experiencia clínica, y series de casos, sin evidencia procedente de ensayos clínicos controlados ni estudios observacionales comparativos en población pediátrica. En consecuencia, no podemos establecer con certeza la eficacia ni la seguridad del baclofeno oral como adyuvante a los opioides para el manejo del dolor asociado a espasticidad en niños que requieren cuidados paliativos ni de la ketamina endovenosa como adyuvante analgésico en niños que requieren cuidados paliativos. Asimismo, respecto al uso ketamina para este escenario, este no estuvo incluido en la ficha técnica emitida por la Autoridad Nacional de Medicamentos, constituyendo un uso fuera de etiqueta.

En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra) respecto al uso de baclofeno oral o de la ketamina intravenosa como adyuvantes a los opioides. Dado el contexto clínico particular, se explicitó que la decisión respecto a su uso depende de la evaluación clínica individual del médico tratante, considerando las características y necesidades del paciente, y en diálogo con el paciente, su familia o cuidadores. Finalmente, se identificó como necesidad prioritaria la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad del baclofeno oral y la ketamina intravenosa como adyuvante a opioides en el manejo del dolor en población pediátrica en cuidados paliativos.

VII. Referencias

1. World Health Organization (WHO). Guidelines on the management of chronic pain in children [Internet]. 2020 [citado 1 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>
2. Módulos sobre Cuidados Paliativos Pediátricos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/modulos-sobre-cuidados-paliativos-pediatricos>
3. EsSalud. Documento Técnico Orientador “DISPOSICIONES PARA LAS PRESTACIONES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN ESSALUD”. 2024.
4. Wood J. Cicely Saunders, ‘Total Pain’ and emotional evidence at the end of life. *Med Humanit.* 1 de diciembre de 2022;48(4):411-20.
5. Corman M, Dambrun M, Ginzac A, Ménard K. Exploring the concept of Total Pain in contemporary oncology palliative care: a qualitative study on patients' resources. *BMC Palliat Care.* 29 de marzo de 2025;24(1):85.
6. Bernadá Scarrone MM. Manual de cuidados paliativos pediátricos: unidad de cuidados paliativos pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. En: Manual de cuidados paliativos pediátricos: unidad de cuidados paliativos pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell [Internet]. 2024 [citado 23 de octubre de 2025]. p. 301-301. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1621089>

7. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [citado 14 de septiembre de 2025]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK595840/>
8. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE ARGENTINA. Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. 2017.
9. MINSA. Resolución Ministerial N.º 939-2021 Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No oncológicas en el Perú 2021-2023 [Internet]. [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2046037-939-2021-minsa>
10. Zeng L, Brignardello-Petersen R, Hultcrantz M, Siemieniuk RAC, Santesso N, Traversy G, et al. GRADE guidelines 32: GRADE offers guidance on choosing targets of GRADE certainty of evidence ratings. *J Clin Epidemiol.* septiembre de 2021;137:163-75.
11. Morgano GP, Wiercioch W, Piovani D, Neumann I, Nieuwlaat R, Piggott T, et al. Defining decision thresholds for judgments on health benefits and harms using the grading of recommendations assessment, development, and evaluation (GRADE) evidence to decision (EtD) frameworks: a randomized methodological study (GRADE-THRESHOLD). *J Clin Epidemiol.* marzo de 2025;179:111639.
12. Society CP. Best practices in pain assessment and management for children | Canadian Paediatric Society [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cps.ca/en/documents/position/pain-assessment-and-management>
13. Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, et al. Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis. *Pain.* 1 de enero de 2022;163(1):e1-19.
14. Olejnik L, Lima JP, Sadeghirad B, Busse JW, Florez ID, Ali S, et al. Pharmacologic Management of Acute Pain in Children: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *JAMA Pediatr.* 1 de abril de 2025;179(4):407.
15. Guidelines on the management of chronic pain in children [Internet]. [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>
16. GuíaSalud. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría [Internet]. GuíaSalud. 2022 [citado 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-cuidados-paliativos-en-pediatria/>
17. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 | MMWR [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm?s_cid=rr7103a1_w
18. Department of Veterans Affairs. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE USE OF OPIOIDS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN. 2021.

19. MD Anderson Cancer Center. Cancer Pain – Pediatric [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.mdanderson.org/documents/for-physicians/algorithms/clinical-management/clin-management-cancer-pain-pedi-web-algorithm.pdf>
20. Heneghan C, Vasquez SA, Finnerty LC, Cummings C, Freitas J, Greco L, et al. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management.
21. Overview | End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2016 [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61>
22. Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care, download for free [Internet]. Together for Short Lives. [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/basic-symptom-control-paediatric-palliative-care/>
23. Paediatric Palliative Care Australia and New Zealand. A Practical Guide to Palliative Care in Paediatrics - Paediatric Palliative Care [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://paediatricpalliativecare.org.au/resource/a-practical-guide-to-palliative-care-in-paediatrics/>