

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

 *Versión extensa*

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 desconcentrado 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) 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**.



EsSalud

Firmado digitalmente por
HUAROTO RAMÍREZ Fabiola
Mercedes FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 10.12.2025 17:05:28-0500



EsSalud

Firmado digitalmente por
GARAVITO FARRO Hector Miguel
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 10.12.2025 16:57:54-0500



EsSalud

Firmado digitalmente por
ZUMARAN ALVITEZ Victor Rodolfo
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy visto bueno.
Fecha: 10.12.2025 16:56:33-0500

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
DAYSÍ ZULEMA DIAZ OBREGON

Directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
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 EXTENSA

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 15:38:01-0500



Firmado digitalmente por
GARAVITO FARRO Hector Miguel
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.12.2025 15:51:38 -05:00



INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN



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

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

Selección de las recomendaciones trazadoras

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

Revisoras clínicas externas

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

Revisora metodológica

- Delgado Flores, Carolina Jaqueline.
 - o Maestra en Ciencias en Investigación Epidemiológica
 - o 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 Extensa. 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: gpcdireccion.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 otros enunciados	9
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.	Métodos	25
a.	Conformación del Grupo Elaborador de la Guía	25
b.	Declaración de conflictos de interés y derechos de autor	27
c.	Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces	27
d.	Búsqueda de GPC previas	27
e.	Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO	28
i.	Búsqueda de RS realizadas dentro de las GPC:	29
ii.	Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos:	29
iii.	Selección de la evidencia para la toma de decisiones para cada pregunta:	29
f.	Evaluación del riesgo de sesgo, diferencia clínica mínimamente importante y de la certeza de la evidencia	30
i.	Evaluación de riesgo de sesgo	30
ii.	Evaluación de la diferencia clínica mínimamente importante	30
iii.	Evaluación de la certeza de la evidencia	31
g.	Formulación de las recomendaciones y buenas prácticas clínicas.	32
h.	Validación de la Guía de Práctica Clínica	33
i.	Selección de recomendaciones y BPC trazadoras:	34
j.	Revisión externa al GEG.	34
VI.	Desarrollo de las preguntas y recomendaciones	36
	Pregunta 1. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué escalas se deberían utilizar para la evaluación del dolor?	36
	Pregunta 2. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?	41
	Pregunta 3. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?	54
	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?	68
	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?	80

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?	94
Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	116
Pregunta 8. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos adyuvantes se deberían brindar para el manejo del dolor?	129
VII. Plan de actualización de la Guía de Práctica Clínica.....	134
VIII. Referencias.....	134

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:

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”
Condicional (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 los capítulos siguientes, se presentan los enunciados y flujogramas emitidos por esta GPC. Más adelante, se describe en detalle la metodología utilizada para su desarrollo.

II. Lista completa de recomendaciones y otros enunciados

N°	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. 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. 	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>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.</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. 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. 	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional ✓</p> <p>Certeza de la evidencia: Muy baja ⊕○○○</p>

N°	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: 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.</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"> 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 recomendados, 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. 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. 	<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 oxycodona.</p>	<p>Fuerza de la recomendación: Condicional ✓</p> <p>Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕○○</p>
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,	BPC 💡

N°	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"> 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. 	
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"> 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	<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"> 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 	BPC 💡

N°	Enunciado	Tipo
	<p><i>intensidad de dolor. Si la administración es por vía intravenosa en infusión continua, aumentar en 15% la dosis administrada por hora.</i></p> <p>3. <i>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.</i></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><small>*De acuerdo al Documento Técnico Orientador "Disposiciones para las Prestaciones en Cuidados Paliativos Pediátricos en EsSalud 2024"</small></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	—

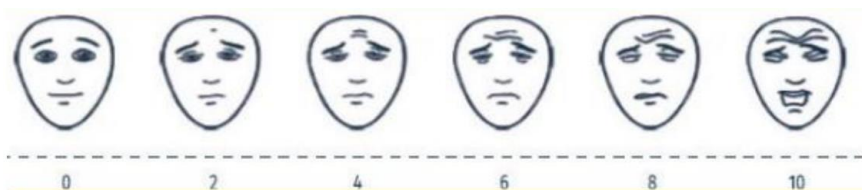
Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

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	Morfina: opioide de primera elección +/-
Menores de 3 meses: paracetamol 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 gastrointestinales 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: úlceras, 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 epidérmica 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 Bernadé, 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 consciencia 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.			
Oxycodona 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.

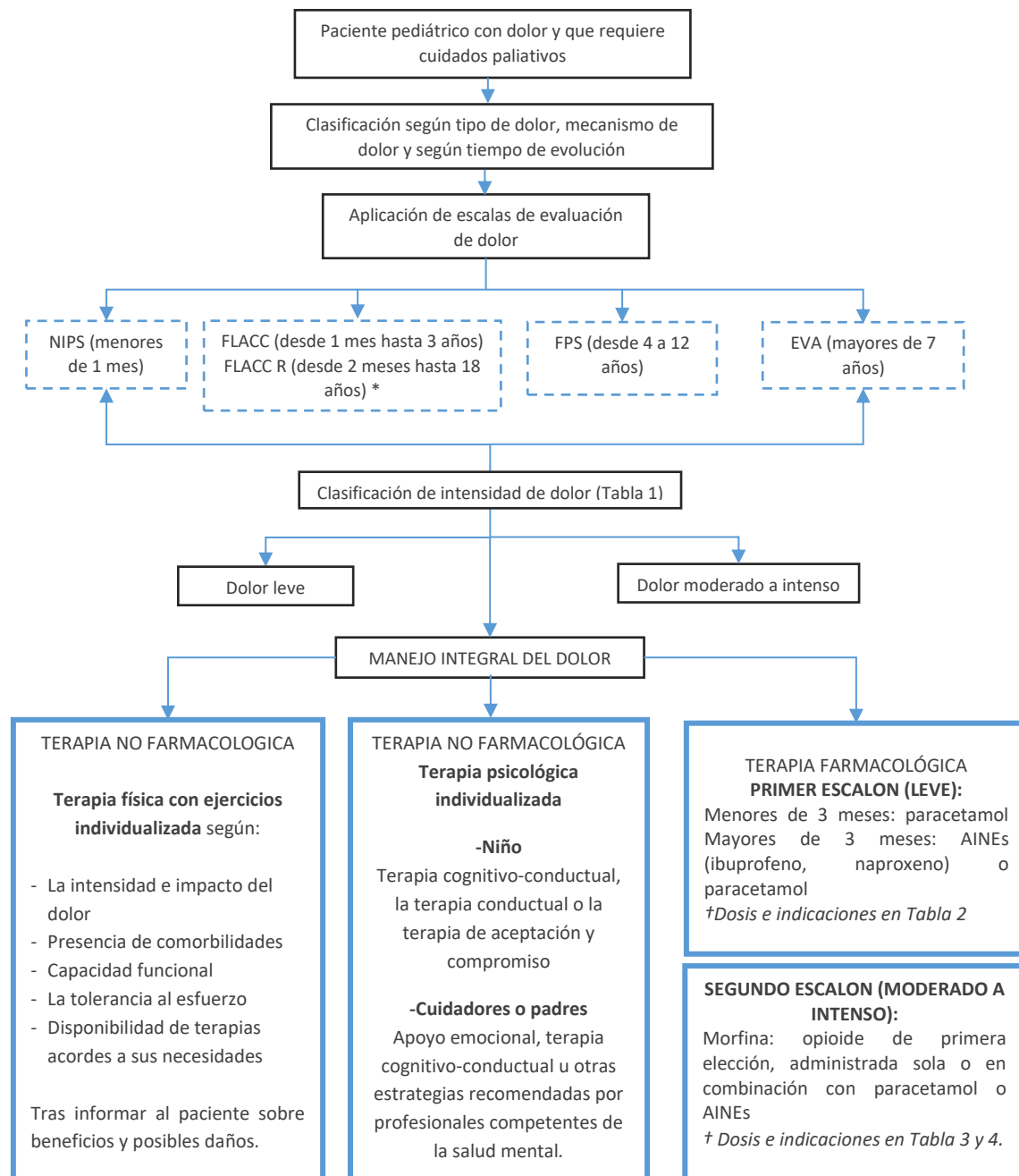
Tabla 4: Equivalencias analgésicas aproximadas de opioides en pediatría (comparadas con morfina vía oral 30mg)

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
Oxycodona	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. Flujogramas

Flujograma 1. Flujograma 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 5: 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.	Cáncer Anomalías cardíacas complejas o severas
	b. Situación amenazante para la vida de forma aguda en paciente previamente sano	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 Epidermólisis 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 polimorfomáticos 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 polimorfomáticos (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.

V. Métodos

a. Conformación del Grupo Elaborador de la Guía

La Dirección de Guías de Práctica Clínica, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia del IETSI, EsSalud, conformó el Grupo Elaborador de la GPC (GEG) convocando a metodólogos con experiencia en la metodología de elaboración de GPC y especialistas clínicos con experiencia en el tema de la GPC.

El GEG se conformó con fecha de 4 de julio del 2025 y mediante Resolución de IETSI N° 000157–IETSI-ESSALUD-2025.

La lista y el rol de los miembros del GEG se detallan a continuación:

Nombre	Institución	Rol - profesión	Funciones
Vásquez Gamarra, Eva Victoria	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Líder de la guía Especialista Clínico – Médico pediatra con formación en cuidados paliativos	Formulación de preguntas clínicas y preguntas PICO de la GPC. Por cada pregunta PICO: revisión de la evidencia, evaluación de la aceptabilidad y aplicabilidad de las potenciales recomendaciones, formulación de recomendaciones finales, y revisión de los borradores de la GPC.
Pantoja Reynoso, Olga Alejandra	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico pediatra intensivista	
Ramírez Chipana, Mabel Irene	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico especialista en medicina física y rehabilitación	
Igei Chiney, Ana Isabel	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico especialista en medicina física y rehabilitación	
Dietrich Timoteo De Alva, Marlene Inés	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Psicóloga	
Ríos López, Ligia	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico pediatra oncóloga	
Rivera Colqui, Rosario Cinthia	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico pediatra oncóloga	
Villafuerte Palacios, Luz María	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico geriatra	

Nombre	Institución	Rol - profesión	Funciones
Oshiro Bernuy, Juana Harumi	GOF – Red Prestacional Rebagliati, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	
Takami Angeles, Graciela	COPHOES – Red Prestacional Rebagliati, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico geriatra	
Meneses Román, Elva Dany	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, EsSalud	Especialista Clínico – Médico anesthesiologa	
Sotomayor Borja, Yrma Fara	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú	Especialista Clínico – Médico anesthesiologa con formación en cuidados paliativos	
Cabrera Calderón, Carmen Rosa	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú	Especialista Clínico – Médico anesthesiologa con formación en cuidados paliativos	
Vizcarra Sánchez, Katherine Elizabeth	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú	Especialista Clínico – Médico pediatra intensivista	
Vargas Durand, William	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú	Especialista Clínico – Médico pediatra	
Delgadillo Arone, Walter	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud, Callao, Perú	Especialista Clínico – Médico hematólogo	
Ñañez Rojas, Rossana Karen	Hospital I Antonio Skrabonja Antoncich, EsSalud, Ilo, Perú	Especialista Clínico – Médico anesthesiologa	
Caira Chuquineyra, Brenda Sofia	IETSI, Lima, EsSalud	Metodóloga	Por cada pregunta PICO: búsqueda, selección, evaluación de riesgo de sesgo, síntesis y determinación de certeza de la evidencia. Guía durante la realización de los marcos de la evidencia a la decisión. Redacción de las versiones finales de la GPC.
Fernández Guzmán, Daniel Aaron	IETSI, Lima, EsSalud	Metodólogo	

Nombre	Institución	Rol - profesión	Funciones
Caballero Luna, Joan	IETSI, Lima, EsSalud	Coordinador del Grupo Elaborador	Planificación del desarrollo de la GPC.
Huaroto Ramírez, Fabiola Mercedes	IETSI, Lima, EsSalud	Encargada de Guías de Práctica Clínica	

b. Declaración de conflictos de interés y derechos de autor

Todos los integrantes del GEG firmaron una declaración de conflictos de interés antes de iniciar las reuniones en las que se formularon las recomendaciones:

- Todos los integrantes del GEG afirmaron no tener conflictos de interés con respecto a las recomendaciones de la GPC. Asimismo, afirmaron no tener ningún tipo de relación financiera o laboral ni haber recibido financiación alguna por cualquier actividad (en el ámbito profesional, académico o científico) de alguna institución o empresa que pueda tener conflictos de interés con respecto a las recomendaciones de la GPC; en los últimos 5 años previos a la elaboración de la GPC.

Asimismo, los integrantes del equipo elaborador cedieron los derechos de autor de la presente GPC a EsSalud.

c. Formulación de las preguntas clínicas, preguntas PICO, e identificación de desenlaces

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG realizó discusiones periódicas para formular un listado de preguntas clínicas que aborden las decisiones más importantes que debe tomar el personal de salud con respecto al ámbito de la GPC.

Una vez elaborada la lista definitiva de preguntas clínicas, se formularon las preguntas en formato PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) para cada pregunta clínica, teniendo en cuenta que cada pregunta clínica puede albergar una o más preguntas PICO, y que cada pregunta PICO tuvo una población e intervención (o exposición) definidas.

Para cada pregunta PICO se propuso una lista de desenlaces (*outcomes*), los cuales fueron calificados en: desenlaces poco importantes, desenlaces importantes, y desenlaces críticos. Para la toma de decisiones en el proceso de elaboración de esta GPC, se seleccionaron los desenlaces importantes y críticos.

d. Búsqueda de GPC previas

Se realizó una búsqueda sistemática de GPC previas. Para ello, durante enero del 2025 se revisaron las GPC que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- La GPC emitió recomendaciones,
- La población de la GPC fue pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos,
- El ámbito de la GPC fue diagnóstico y manejo,
- La GPC fue publicada entre enero del 2020 y marzo del 2025,
- La GPC basó sus recomendaciones en revisiones sistemáticas de la literatura,

- La GPC presentó un puntaje mayor de 60% en el dominio 3 (rigor metodológico) del instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-II* (AGREE-II) (<http://www.agreetrust.org/agree-ii/>) (10). El punto de corte fue el propuesto por el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica del Ministerio de Salud del Perú (11).
- La GPC muestra tablas SoF para resumir la evidencia que sustenta sus recomendaciones.

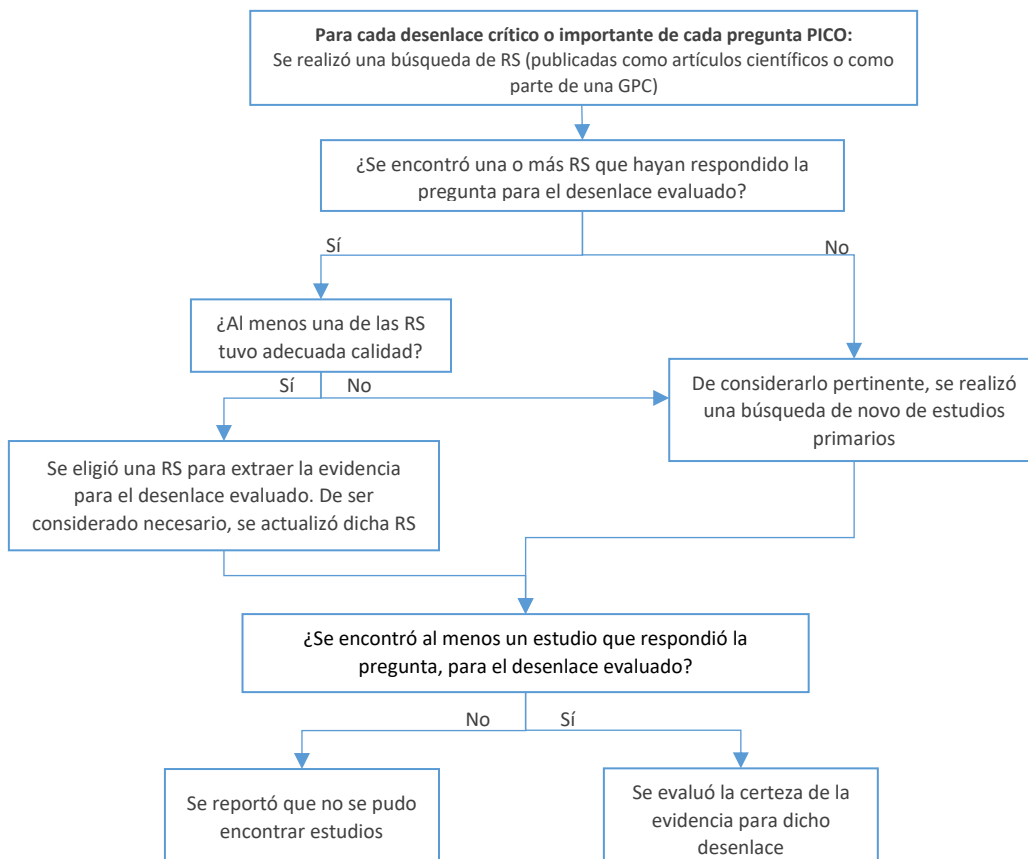
Los detalles de la búsqueda y selección de las GPC se detallan en el **Anexo N° 1**. Ninguna GPC cumplió con los criterios previos. Por ello, se decidió elaborar una GPC *de novo*.

e. Búsqueda y selección de la evidencia para cada pregunta PICO

Para cada pregunta PICO (en base a sus desenlaces críticos o importantes), se realizó la búsqueda y selección de la evidencia, siguiendo los siguientes pasos (que se detallarán posteriormente):

1. Se buscaron revisiones sistemáticas (RS) realizadas como parte de alguna GPC o publicadas como artículos científicos.
2. Cuando no se encontró ninguna RS de adecuada calidad que responda a nuestra PICO, se realizó una RS de novo.
3. Cuando se encontró RS que respondieron a nuestro PICO y calidad aceptable, se eligió una RS por cada uno de los desenlaces críticos e importantes priorizados.
4. Si la RS elegida realizó su búsqueda sistemática con una antigüedad mayor de 2 años, se evaluó la necesidad de actualizar la RS según el criterio del GEG.

Este proceso de selección de la evidencia se muestra en el siguiente flujograma:



A continuación, se detallan los procesos realizados para la búsqueda y selección de la evidencia:

i. Búsqueda de RS realizadas dentro de las GPC:

Se revisó si alguna de las GPC identificadas realizó una RS para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG. Para ello, se tomaron en cuenta las RS realizadas por las GPC incluidas en el subtítulo “*búsqueda de GPC previas*”.

ii. Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos:

Para cada una de las preguntas PICO planteadas por el GEG, se realizó una búsqueda sistemática de RS que respondan la pregunta y que hayan sido publicadas como artículos científicos. Esta búsqueda fue realizada en las bases de datos PubMed y Biblioteca Cochrane. Posteriormente, se escogieron aquellas RS que hayan cumplido con los criterios de inclusión de cada pregunta PICO. Los términos de búsqueda y las listas de RS incluidas y excluidas para cada pregunta PICO se muestran en el **Anexo N° 2**.

iii. Selección de la evidencia para la toma de decisiones para cada pregunta:

Para cada pregunta PICO, se listaron las RS encontradas que hayan respondido dicha pregunta (ya sea RS realizadas por alguna GPC, o RS publicadas como artículos científicos).

Para cada desenlace crítico o importante, cuando no se encontraron RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se realizó una búsqueda sistemática *de novo* de estudios primarios en Pubmed y Biblioteca Cochrane. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados en estas búsquedas *de novo* se detallan en el **Anexo N° 2**.

Cuando para un desenlace se encontró al menos una RS de calidad aceptable a criterio del GEG, se procedió a seleccionar una RS, que idealmente fue aquella que tuvo: la más alta calidad evaluada con la herramienta *A Measurement Tool to Assess systematic Reviews-II* (AMSTAR-II) (12) modificada por IETSI-EsSalud, la más reciente fecha en la que realizó su búsqueda bibliográfica, y el mayor número de estudios encontrados.

Una vez seleccionada una RS, el GEG decidió si era pertinente actualizar dicha RS, considerando para ello:

- El tiempo que ha transcurrido desde la búsqueda realizada por la RS y la velocidad de producción científica de estudios en el tema (2 años en aquellos temas en los que la producción científica es abundante, 5 años en aquellos temas en los que la producción científica es limitada).
- La actualidad de la pregunta (pues para algunas preguntas ya no se realizan estudios).
- La certeza de los resultados de la RS (optando por actualizar aquellas RS cuyos estimados globales tuvieran una baja o muy baja certeza de la evidencia).

Cuando se decidió que era pertinente actualizar alguna RS, se realizó una búsqueda sistemática de estudios primarios en Pubmed y Biblioteca Cochrane, desde la fecha en

la que la RS realizó su búsqueda. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados de las actualizaciones realizadas para cada pregunta se detallan en el **Anexo N° 2**.

Una vez que se definió la evidencia a usar para el desenlace en cuestión, para la toma de decisiones, se realizó lo siguiente:

- Si la RS seleccionada realizó un MA, que a consideración del GEG haya sido correctamente realizado, se usó dicho MA.
- Si la RS seleccionada no realizó un MA o realizó un MA que a consideración del GEG no haya sido correctamente realizado, o si no se encontró una RS y se realizó una búsqueda de estudios primarios, se realizó un MA siempre que sea considerado útil y siempre que sea posible realizarlo con los datos recolectados. Para ello, se prefirió usar modelos aleatorios, debido a la heterogeneidad de los estudios.
- Si no se encontró ni se pudo realizar un MA, se consideró el o los estudios más representativos para la toma de decisiones. Cuando solo se contó con un estudio, se consideró dicho estudio para la toma de decisiones.

f. Evaluación del riesgo de sesgo, diferencia clínica mínimamente importante y de la certeza de la evidencia.

i. Evaluación de riesgo de sesgo

Para cada uno de los estudios primarios seleccionados, el GEG determinó si era necesario realizar la evaluación de riesgo de sesgo. Esta evaluación fue por lo general realizada cuando la RS seleccionada no realizó la evaluación de los estudios que incluyó, o cuando la RS seleccionada realizó dicha evaluación pero ésta no fue de calidad o fue hecha para varios desenlaces y esperablemente el resultado de la evaluación cambiaría al enfocarnos en el desenlace que se estuviera evaluando (por ejemplo, el riesgo de sesgo por no realizar el cegamiento de los evaluadores sería diferente para el desenlace “dolor” que para el desenlace “muerte”).

Las evaluaciones realizadas para identificar el riesgo de sesgo de los estudios primarios se muestran en el **Anexo N° 3**.

Las herramientas usadas para evaluar el riesgo de sesgo fueron:

- Los ECA fueron evaluados usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane (13).
- Los estudios observacionales fueron evaluados usando la herramienta de Newcastle-Ottawa (14)
- Los estudios de diagnóstico fueron evaluados usando la herramienta QUADAS-2 (15).

ii. Evaluación de la diferencia clínica mínimamente importante

Se realizó la evaluación de la diferencia clínica mínimamente importante o DMI, (16) con la finalidad de establecer el umbral clínico que nos permita discernir si los efectos observados son clínicamente relevantes para el paciente o son triviales. Para ello, la

metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) indica que se podría utilizar los DMI para los desenlaces previamente establecidos por otras GPC, RS o NMA; o establecer este umbral mediante consenso con el GEG.

Para este último caso, se siguió la propuesta sugerida por el grupo GRADE en el cual se asigna un valor de utilidad a cada desenlace, (17) estos fueron evaluados y después validados por parte del GEG. Finalmente, se consideró un efecto importante cuando el estimado puntal del efecto absoluto supera al umbral de la DMI establecida.

Los valores de DMI se detallan al final de cada una de las tablas de *Summary of Findings* (SoF) y se expresaron según la naturaleza del desenlace, ya sea dicotómico o numérico.

La lista de los desenlaces y sus DMI se detallan a continuación:

Desenlace	DMI
Dolor	1 unidad
Requerimiento de medicación de rescate	2.1 eventos en 100 pacientes
Eventos adversos gastrointestinales	2.3 eventos en 100 pacientes
Eventos adversos neurológicos	2.3 eventos en 100 pacientes
Eventos adversos dermatológicos	2.3 eventos en 100 pacientes
Desenlaces con DME: -Intensidad de dolor -Calidad de vida -Discapacidad funcional -Funcionamiento emocional -Satisfacción global con el tratamiento -Salud mental infantil -Salud mental de los padres -Conducta de los padres	0.2 desviaciones estándar

iii. Evaluación de la certeza de la evidencia

Para evaluar la certeza de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). La certeza de la evidencia según esta metodología se basa en 9 aspectos: tipo de estudio, riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión, sesgo de publicación, tamaño de efecto, relación dosis-respuesta, y efecto de confusores (los tres últimos aspectos son evaluados en estudios observacionales) (18). Finalmente, la certeza de la evidencia para cada desenlace evaluado pudo ser alta, moderada, baja, y muy baja.

Para resumir la evaluación de la certeza de la evidencia, se usaron tablas de SoF para cada pregunta PICO. Para aquellos desenlaces para los cuales no se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE previa (publicada en la RS o GPC seleccionada para dicha pregunta PICO), se elaboraron estas tablas. De lo contrario, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se

sospechó que la tabla previa no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

Adicionalmente, en los casos donde la tabla SoF fue de comparaciones múltiples, se colorearon las celdas considerando si superó o no el DMI y la certeza de la evidencia, como se muestra a continuación:

Certeza de la evidencia Criterio	Desenlaces de beneficio			Desenlaces de daño			Cuando no hay evidencia
	Alta o Moderada	Baja	Muy baja	Alta o Moderada	Baja	Muy baja	
Supera el DMI o efecto estadísticamente significativo	Negrita	No negrita	No negrita *	Negrita	No negrita	No negrita *	
No supera el DMI o efecto NO estadísticamente significativo	Negrita	No negrita	No negrita	Negrita	No negrita	No negrita	

*Colorear dependiendo de los intervalos de confianza que muestre una tendencia favorable o desfavorable de la intervención que se desee resaltar (por ejemplo: eventos adversos).

En cada pregunta PICO, luego de asignar el nivel de certeza de la evidencia para todos sus desenlaces de interés, se le asignó a la pregunta PICO el nivel de certeza más bajo alcanzado por alguno de estos desenlaces.

g. Formulación de las recomendaciones y buenas prácticas clínicas.

Para la formulación de las recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC), el GEG realizó reuniones periódicas, en las cuales los metodólogos presentaron la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas, en base a la cual los especialistas clínicos determinaron las recomendaciones. Cuando no se alcanzó consenso para alguna recomendación, se procedió a realizar una votación y llegar a una decisión por mayoría simple.

Se calcularon los efectos absolutos para cada desenlace (diferencias de riesgos para desenlaces dicotómicos, o diferencias de medias para desenlaces numéricos). Para el cálculo de las diferencias de riesgos, se consideró que la incidencia del desenlace en el grupo control fue la reportada por el cuerpo de la evidencia, salvo se mencione lo contrario para alguna pregunta.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología *Evidence to Decision* (EtD) (19) que valora: beneficios, daños, certeza, valoración de los desenlaces, uso de recursos, equidad, aceptabilidad y factibilidad; para las intervenciones u opciones a ser evaluadas. Para la presente GPC, el GEG consideró que no era imperativo realizar búsquedas sistemáticas de costos, de valoración de los *outcomes* por los pacientes, ni de factibilidad de implementación.

Teniendo todo esto en cuenta, se estableció la dirección (a favor o en contra) y la fuerza (fuerte o condicional) de cada recomendación (20).

Finalmente, se establecieron puntos de BPC y/o ciertas consideraciones, según sea el caso; y se diseñaron los flujogramas que resumen los principales enunciados de la GPC.

h. Validación de la Guía de Práctica Clínica.

Validación con especialistas clínicos

Se realizó una reunión con un grupo de especialistas clínicos en la condición a tratar, con quienes se revisó y discutió las recomendaciones, los puntos de BPC, y los flujogramas de la GPC. Seguidamente, se realizó la técnica Delphi para que los especialistas puedan evaluar qué tan adecuada fue cada una de las recomendaciones y puntos de BPC. Las observaciones y los puntajes obtenidos fueron tomados en cuenta para realizar cambios en la formulación o presentación de las recomendaciones y puntos de BPC.

Los asistentes a esta reunión de validación con expertos se exponen a continuación:

Nombre	Institución	Especialidad	Profesión/Cargo
Torres Vargas, Susana Carmen	Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Niños	Medicina física y rehabilitación	Médico especialista en medicina física
Roncal Vidal, Vasti Mariela	Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Niños	Medicina familiar y comunitaria	Médico familiar
García Espejo, Luz	HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE	Enfermería	Enfermera
Lozano Ayala, Lisset Juliet	Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Niños	Medicina familiar y comunitaria	Médico familiar
Asparrin Ramos, Danny	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Pediatría	Médico pediatra
Pizarro Mori	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, EsSalud	Psicóloga	Psicóloga
Silvera Adrey	Hospital III Iquitos, EsSalud, Loreto	Neonatóloga	Médico neonatóloga
Rivera Velarde, Carla Milagros	Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco	Enfermería	Enfermera
Basto Valencia, Milagros	Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) Niños	Medicina Familiar y comunitaria	Médico familiar
Maquera Payva, Maria Elisa	Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, EsSalud, Cusco	Enfermería	Enfermera
Romero Ley, Mario Miguel	Hospital II de Pucallpa, EsSalud, Ucayali	Anestesiología	Médico anestesiólogo

Nombre	Institución	Especialidad	Profesión/Cargo
Pando Lazo, Rosio del Pilar	Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, EsSalud, Lambayeque	Anestesiología	Médico anesthesiología

Validación con tomadores de decisiones.

Se realizó una reunión con tomadores de decisiones de EsSalud, con quienes se revisó y discutió las recomendaciones, los puntos de BPC, y los flujogramas de la GPC; con especial énfasis en la su aceptabilidad y aplicabilidad para el contexto de EsSalud. Las observaciones brindadas fueron tomadas en cuenta para realizar cambios en la formulación o presentación de las recomendaciones y puntos de BPC.

Los asistentes a esta reunión de validación con tomadores de decisiones se exponen a continuación:

Nombre	Institución
Rubén Darío Hermoza Ibañez	Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas
Jorge Cabello Gómez	Gerencia Central de Prestaciones de Salud

i. Selección de recomendaciones y BPC trazadoras:

Se valoró cada enunciado (recomendación o 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. A cada criterio se le asignó un puntaje en una escala del 1 al 5 (para los tres primeros criterios) y del 2 al 5 (para el criterio del tipo de enunciado formulado). Finalmente, los enunciados con la sumatoria de puntajes más altos fueron seleccionados como enunciados trazadores, los cuales servirán para la formulación de indicadores de adherencia a la GPC y para guiar futuras estrategias de implementación.

j. Revisión externa al GEG.

La presente Guía de Práctica Clínica fue sometida a revisión externa por profesionales independientes que no participaron en su elaboración, con experiencia en el manejo de la condición abordada y/o en metodología para la elaboración de guías de práctica clínica.

El GEG decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando a las siguientes expertas:

- **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 Jaqueline.
 - Maestra en Ciencias en Investigación Epidemiológica.
 - IETSI, EsSalud, Lima, Perú.

Las revisoras declararon no tener conflictos de interés relacionados con el contenido de la presente Guía de Práctica Clínica.

Los comentarios recibidos fueron sistematizados y evaluados por el GEG. Se incorporaron total o parcialmente aquellos que contribuyeron a la claridad, precisión o aplicabilidad de las recomendaciones.

La participación de los revisores no implica conformidad con la totalidad del contenido ni responsabilidad sobre las decisiones finales adoptadas por el GEG.

VI. Desarrollo de las preguntas y recomendaciones

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

Introducción

El dolor es uno de los síntomas más prevalentes y angustiantes en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos, y su evaluación adecuada representa un pilar fundamental para garantizar una atención centrada en la calidad de vida (5). A diferencia de los adultos, los niños presentan desafíos particulares en la valoración del dolor debido a factores como la edad, el desarrollo cognitivo, la capacidad de comunicación y el contexto emocional. Esta complejidad exige el uso de herramientas específicas, validadas y adaptadas a las distintas etapas del desarrollo infantil, que permitan una medición confiable del dolor tanto en pacientes comunicativos como en aquellos con limitaciones para expresarse verbalmente (21–23).

Responder la pregunta sobre qué escalas utilizar para la evaluación del dolor en menores de 18 años con necesidades paliativas es fundamental para estandarizar prácticas clínicas, optimizar intervenciones analgésicas y reducir el sufrimiento evitable. En la práctica clínica, la ausencia de una estrategia sistemática o el uso de escalas inadecuadas puede conllevar a una subvaloración del dolor, decisiones terapéuticas incorrectas y un impacto negativo en el bienestar del paciente y su entorno familiar. Por ello, identificar las herramientas más apropiadas permite fortalecer la toma de decisiones clínicas, mejorar la comunicación entre el equipo de salud y la familia, y avanzar hacia una atención paliativa pediátrica más segura, efectiva y humanizada (22,24).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
1	En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos	Herramientas para evaluación del dolor - NIPS - FLACC - FLACC-R - FPS - EVA	no aplica	<ul style="list-style-type: none"> Efectividad clínica (diagnostico) Sensibilidad Especificada Seguridad

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

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas y publicadas como artículos científicos desde el inicio de los tiempos (**Anexo N°2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces priorizados por el GEG.

Búsqueda de ECA:

Al no encontrarse ninguna RS, se realizó una búsqueda de novo de ECA. Debido a que no se encontró RS de ECA ni ECA, el GEG optó por presentar puntos de buena práctica clínica (BPC) que responden a la pregunta planteada; a partir de las guías y documentos técnicos que fueron

identificados en el proceso de búsqueda inicial pero que no alcanzaron a cumplir con los criterios de inclusión.

Buenas prácticas clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

BPC 1	
En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, aplicar las siguientes escalas de evaluación del dolor según edad:	
<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. 	
Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Coincide con lo mencionado por la guía de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas (7). Además, en documentos como “Mejores practica en la evaluación y el manejo del dolor en niños” de la Sociedad Canadiense de Pediatría (25).
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Sí. Debido a que las recomendaciones dadas por otras GPC no presentaron estudios que las justifiquen, así como también a la inexistencia de ECA realizados en menores de 18 años que evalúen las escalas en referencia, el GEG consideró innecesario realizar una recolección y resumen detallado de la evidencia.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí, los enunciados son accionables y claros, ya que se especifica la acción a realizar (el uso de la escala) en una población determinada (pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos).
Los beneficios superan claramente a los daños.	<p>Beneficios: Existe evidencia que señala que, en pacientes pediátricos con dolor que requieran cuidados paliativos, la evaluación de dolor debe ser optima y acorde a la edad de cada paciente y según la necesidad, como por ejemplo en pacientes que tengan discapacidades cognitivas, retrasos en el desarrollo, parálisis cerebral o dificultades para comunicar dolor verbalmente (22). El GEG consideró que los beneficios al usar escalas según edad y necesidad serian de diferencia significativa versus no usarlas, por ello se concluyó que el beneficio seria grande.</p> <p>Daños: El Grupo de Elaboración de la Guía (GEG) considera que la omisión o el uso inadecuado de las escalas de valoración puede conllevar consecuencias negativas para el paciente, ya que impediría una adecuada identificación y registro del nivel de dolor. Esta falta de evaluación precisa podría derivar en una intervención terapéutica insuficiente o inapropiada, comprometiendo así la calidad del manejo clínico y el bienestar del paciente, por consecuente los daños serian pequeños.</p>
Uso de recursos	La intervención (uso de escalas de evaluación del dolor) representa costos pequeños.
Factibilidad	El GEG consideró que, dentro del ámbito de los establecimientos de salud del tercer nivel de atención, la intervención (uso de escalas del dolor) actualmente es factible de realizar. No obstante, se identificaron limitaciones asociadas principalmente a la variabilidad en la capacitación del personal de salud y a la adherencia en el uso sistemático de dichas escalas. Además, en algunos servicios, especialmente en áreas con alta carga asistencial, se observan restricciones de tiempo y recursos que pueden dificultar su aplicación rutinaria y el adecuado registro en la historia clínica.

BPC 1	
Conclusión	El GEG consideró que esta BPC presentaría beneficios grandes, daños pequeños y sería factible de realizar.

El GEG consideró relevante emitir las siguientes **consideraciones**:

Justificación	Consideraciones
El GEG consideró que, además de recomendar las escalas validadas para la evaluación del dolor en cuidados paliativos pediátricos, es necesario precisar aspectos prácticos relacionados con su interpretación clínica y aplicación. Debido a que, la definición de niveles de intensidad de dolor orienta la elección de la intervención terapéutica y además estandariza la evaluación entre los profesionales de la salud y reduce la subjetividad en la valoración clínica (7). Por otro lado, la evaluación inicial permite establecer un valor basal para medir la respuesta al tratamiento, y las reevaluaciones periódicas garantizan que las intervenciones se ajusten a las necesidades del paciente (7). Por ello, se acompañó a la recomendación de dos consideraciones adicionales.	<ol style="list-style-type: none"> 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.

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	—

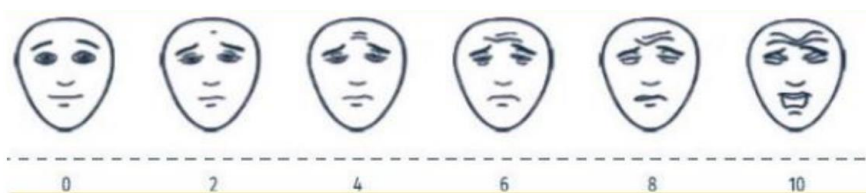
Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

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 (cabecita, 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)



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

Introducción

En el ámbito de los cuidados paliativos pediátricos, el abordaje integral del paciente es fundamental para mejorar su calidad de vida (5). Los menores de 18 años que enfrentan enfermedades crónicas, en fase avanzada o terminales, suelen experimentar limitaciones físicas que afectan su bienestar general. En este contexto, nos planteamos evaluar la terapia física con ejercicios como parte del manejo del paciente pediátrico que requiere cuidados paliativos, con el objetivo de realizar un balance sobre los potenciales beneficios y daños entorno al alivio del dolor, mantenimiento de la funcionalidad y la autonomía (1).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
2	Pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos	Terapia física con ejercicios	No terapia física con ejercicios	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Juicio global de satisfacción con tratamiento • Sueño • Fatiga

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró que la guía WHO 2020 (1) realizó una RS sobre esta pregunta, y fue publicada como artículo científico: Fisher 2022 (26). A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Fisher 2022	10/11	Abril 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor postratamiento (6 ECA) • Intensidad de dolor, seguimiento (3 - 12 meses) (3 ECA) • Calidad de vida relacionado con la salud (2 ECA) • Discapacidad funcional postratamiento (4 ECA)

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
			<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad funcional, seguimiento (3- 12 meses) (1 ECA) • Eventos adversos relacionados con el tratamiento (4 ECA)

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Intensidad de dolor postratamiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2022(1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 6 ECA (n=374). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dismenorrea, dolor lumbar recurrente inespecífico, fibromialgia, artritis idiopática juvenil, cefalea tensional.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa. **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona estiramiento, o estiramiento y masaje, programa de rehabilitación con ejercicios (combinación de ejercicios de fuerza, flexibilidad y aeróbicos), programa de formación integrativa sobre fibromialgia para adolescentes, programa de ejercicios en casa, entrenamiento sumado a educación de fuerza específica progresiva.
 - **El comparador** fue la lista de espera, cursos cortos educativos de algunos programas de ejercicios.
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como, la intensidad que sentía el paciente categorizado en distintas escalas y que fue evaluado en la Escala de Dolor de Cara (FPS), Escala análoga visual (EVA), y en la escala de calificación numérica (ECN), que registra la intensidad del dolor, este desenlace fue evaluado post-intervención que fueron sesiones de 8 a 12 semanas(27).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Intensidad de dolor al seguimiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022 (26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.

- Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 (26) realizó un MA de 3 ECA (n=187). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dismenorrea, fibromialgia y cefalea tensional.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona ejercicio, programa de formación integrativa sobre fibromialgia para adolescentes, y entrenamiento sumado a educación de fuerza específica progresiva.
 - **El comparador** fue la lista de espera, cursos cortos educativos de algunos programas de ejercicios.
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como, la intensidad que sentía el paciente categorizado en distintas escalas y que fue evaluado en la Escala de Dolor de Cara (FPS), Escala análoga visual (EVA), y en la escala de calificación numérica (ECN), que registra la intensidad del dolor, este desenlace fue evaluado al seguimiento de 3 a 12 meses.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Calidad de vida relacionado con la salud:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020, la RS es Fisher 2022.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 2 ECA (n=133). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como dolor abdominal recurrente y artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona ejercicio, tratamiento de yoga, programa de ejercicios en casa.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de calidad de vida relacionado con la salud, fue evaluado con el cuestionario Health-Related Quality of Life-Short Form 36 (SF-36) post-intervención (terapia física con ejercicios). Se usó la subescala de funcionamiento físico, las puntuaciones más altas indican un mejor funcionamiento.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Discapacidad funcional post-intervención:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020, la RS es Fisher 2022.

- Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
- Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 4 ECA (n=174). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como dolor abdominal recurrente, fibromialgia, síndrome de intestino irritable y artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona ejercicio, tratamiento de yoga, programa de formación integrativa sobre fibromialgia para adolescentes y programa de ejercicios en casa.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de discapacidad funcional, fue evaluado a través del índice de discapacidad funcional con un cuestionario de 15 ítems para niños en edad escolar y adolescentes que evalúa los niveles de dolor y la enfermedad en las actividades de la vida diaria.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Discapacidad funcional al seguimiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 1 ECA(n=36). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en fibromialgia.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue programa de formación integrativa sobre fibromialgia para adolescentes.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de discapacidad funcional, fue evaluado a través del índice de discapacidad funcional con un cuestionario de 15 ítems para niños en edad escolar y adolescentes que evalúa los niveles de dolor y la enfermedad en las actividades de la vida diaria, esta evaluación se dio de 3 a 12 meses de seguimiento.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Eventos adversos relacionados con el tratamiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022.

- Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
- Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 4 ECA(n=161). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como dolor de cuello idiopático crónico, dolor abdominal recurrente, fibromialgia y artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona educación del dolor sumado a ejercicios, tratamiento de yoga, programa de formación integrativa sobre fibromialgia para adolescentes y ejercicios de manera individual.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de eventos adversos relacionados con el tratamiento, se definieron como la aparición o el empeoramiento de síntomas.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings - SoF*):

Población: Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos.

Intervención: Terapia física con ejercicios

Comparador: No terapia física con ejercicios

Autores: Zhamanda N. Ortiz-Benique

Bibliografía por desenlace:

- **Intensidad del dolor:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Calidad de vida:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Discapacidad funcional:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Eventos adversos:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Juicio global:** No se encontró evidencia
- **Fatiga:** No se encontró evidencia.
- **Sueño:** No se encontró evidencia.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Ejercicio	Comparación: No ejercicio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Intensidad del dolor post-intervención (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	Crítico	6 ECA (n= 374)	179	195	-	DME: - 0.6 (-1.15 a -0.04)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia física con ejercicios en lugar de no brindarlo, con respecto a la intensidad del dolor.
Intensidad del dolor al seguimiento de 3-12 meses (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	Crítico	3 ECA (n= 187)	85	102	-	DME: -0.13 (-0.74 a +0.05)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia física durante 12 meses con ejercicios en lugar de no brindarlo, con respecto a la intensidad del dolor.
Calidad de vida post-intervención (Las puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida)	Crítico	2 ECA (n= 133)	81	52	-	DME: - 0.64 (-1.91 a +0.63)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia física con ejercicios en lugar de no brindarlo, con respecto a la calidad de vida.
Discapacidad funcional post-intervención (Las puntuaciones más bajas indican una menor discapacidad)	Crítico	4 ECA (n= 174)	92	82	-	DME: -0.64 (-0.95 a -0.34)	⊕⊕○○ Baja _{a,c}	Al brindar la terapia física con ejercicio en lugar de no brindarlo, podría ser que causemos una disminución importante en la discapacidad funcional postratamiento.
Discapacidad funcional al seguimiento de 3-12 meses (Las puntuaciones más bajas indican una menor discapacidad)	Crítico	1 ECA (n= 36)	17	7	-	DME: -0.38 (-1.04 a +0.28)	⊕○○○ Muy baja _{a,c,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia física con ejercicios durante 12 meses con ejercicios en lugar de no brindarlo, con respecto a la discapacidad funcional.
Eventos adversos relacionados con el tratamiento	Importante	4 ECA (n=161)	1/81	0/80	RD: 0.01 (-0.04 a +0.05)	+1 por cada 100 (de -5 a +4)	⊕○○○ Muy baja _{a,c,e}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia física con ejercicios en lugar de no brindarlo, con respecto a los eventos adversos relacionados con el tratamiento.
Juicio global de satisfacción con el tratamiento	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Sueño postratamiento	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Población: Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos.

Intervención: Terapia física con ejercicios

Comparador: No terapia física con ejercicios

Autores: Zhamanda N. Ortiz-Benique

Bibliografía por desenlace:

- **Intensidad del dolor:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Calidad de vida:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Discapacidad funcional:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Eventos adversos:** RS de Fisher 2022 (26).
- **Juicio global:** No se encontró evidencia
- **Fatiga:** No se encontró evidencia.
- **Sueño:** No se encontró evidencia.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Ejercicio	Comparación: No ejercicio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Fatiga postratamiento	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; RD: Diferencia de riesgo, DM: Diferencia de medias, DME: Diferencia de medias estandarizadas.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

DMI para desenlaces con DME: 0.2. (28).

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se le disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que el 50 a 70% del peso del meta-análisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo poco claro por el cegamiento de la evaluación de los desenlaces y riesgo de sesgo alto por datos incompletos del desenlace).
- Se disminuyó a un nivel por inconsistencia, porque el 60 a 80 % del peso del metaanálisis está compuesto por estudios cuyos efectos absolutos puntuales se ubican del mismo lado del MID que el estimado global.
- Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, porque la población pediátrica reportada no se encontraba en su mayoría en cuidados paliativos.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% atraviesa un valor del DMI 0.2.
- Se disminuyó dos por imprecisión, porque reportaron un total < 50 eventos (casos).

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Pregunta 2: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?	
Población:	Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos
Intervención:	Terapia física con ejercicios
Comparador:	No terapia física con ejercicios
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional • Eventos adversos relacionado con el tratamiento
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
○ Trivial ○Pequeño ● Moderado ○Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG considero que el beneficio fue moderado, puesto que el efecto evaluado para el desenlace de discapacidad funcional post-intervención fue relevante. Sin embargo, la evidencia para los demás desenlaces evaluados fue incierto, por ende, no se podría estimar un efecto sobre sus potenciales beneficios.
	Intensidad del dolor post-intervención (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	6 ECA	NA	DME: - 0.6 (-1.15 a - 0.04)	Muy baja ⊕○○○	
	Intensidad del dolor al seguimiento de 12 meses (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	3 ECA	NA	DME: -0.13 (-0.74 a 0.48)	Muy Baja ⊕○○○	
	Calidad de vida (Las puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida)	2 ECA	NA	DME: - 0.64 (-1.91 a 0.63)	Muy baja ⊕○○○	
	Discapacidad funcional post-intervención	4 ECA	NA	DME: -0,64 (-0.95 a - 0.34)	Baja ⊕⊕○○	
	Discapacidad funcional al seguimiento de 12 meses (Las puntuaciones más altas indican una menor discapacidad)	1 ECA	NA	DME: -0,38 (-1.04 a 0.28)	Muy baja ⊕○○○	
Juicio global de satisfacción con el tratamiento.	No se encontró evidencia para el desenlace					

		Sueño postratamiento	No se encontró evidencia para el desenlace				
		En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, por cada 100 personas a las que se le brinde terapia física con ejercicio en lugar de no brindarlo: <ul style="list-style-type: none">Podría ser que causemos una disminución importante en la discapacidad funcional postratamiento.En contraste, podría ser que no modifiquemos la intensidad de dolor, discapacidad funcional al seguimiento, y la calidad de vida, aunque la evidencia es incierta.En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para el desenlace de juicio global de satisfacción con el tratamiento, sueño post-intervención.					
Daños: ¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?							
Juicio		Evidencia				Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none">o Grandeo Moderadoo Pequeño● Trivialo Varíao Se desconoce		Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG considero que el daño fue trivial, puesto que, el efecto observado sobre los efectos adversos relacionados con el tratamiento fue incierto.
		Efectos adversos relacionados con el tratamiento	4 ECA	NA	RD 0.01 (-0.04 a + 0.05)	Muy baja ⊕○○○	
		En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, por cada 100 personas a las que se le brinde terapia física con ejercicio en lugar de no brindarlo: <ul style="list-style-type: none">La evidencia es muy incierta sobre el efecto de los eventos adversos relacionados con el tratamiento.					
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?							
Juicio		Evidencia				Consideraciones adicionales	
<ul style="list-style-type: none">● Muy bajao Bajao Moderadao Altao Ningún estudio incluido		Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza		La certeza más baja de los desenlaces críticos fue muy baja.	
		Calidad de vida	Crítico	⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,c}			
		Intensidad del dolor post-intervención	Crítico	⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,c}			
		Intensidad del dolor al seguimiento	Crítico	⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,c}			
		Discapacidad funcional post-intervención	Crítico	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}			
		Discapacidad funcional al seguimiento	Crítico	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,d}			
		Eventos adversos relacionados con el tratamiento	Importante	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,e}			
		Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se le disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que el 50 a 70% del peso del meta-análisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo poco claro por el cegamiento de la evaluación de los desenlaces y riesgo de sesgo alto por datos incompletos del desenlace). b. Se disminuyó a un nivel por inconsistencia, porque el 60 -80 % del peso del metaanálisis está compuesto por estudios cuyos efectos absolutos puntuales se ubican del mismo lado del MID que el estimado global. c. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, porque la población pediátrica reportada no se encontraba en su mayoría en cuidados paliativos. d. Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% atraviesa un valor del DMI 0.2. e. Se disminuyo dos niveles por imprecisión, porque reportaron un total <50 eventos (casos)					

Desenlaces importantes para los pacientes:																								
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?																								
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																					
o No o Probablemente no ● Probablemente sí o Sí	Se contó con evidencia para los desenlaces importantes como eventos adversos relacionados con el tratamiento. Sin embargo, para los desenlaces importantes de juicio global de satisfacción con el tratamiento, sueño post-intervención y fatiga post-intervención, no se contó con evidencia.																							
Balance de los efectos:																								
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?																								
(Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)																								
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																					
o Favorece al comparador o Probablemente favorece al comparador o No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención o Favorece a la intervención o Varía o Se desconoce			Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.																					
Uso de recursos:																								
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?																								
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																					
o Costos extensos o Costos moderados ● Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños o Ahorros moderados o Ahorros extensos o Varía o Se desconoce	<table><tr><th colspan="3">Esquema definido:</th></tr><tr><th></th><th>Intervención: Brindar ejercicio</th><th>Comparador: No brindar ejercicio</th></tr><tr><td>Costo por sesión de terapia física 2 tipos</td><td>s/ 21.00</td><td>-</td></tr><tr><td>Costo por sesión de terapia física 3 tipos o más</td><td>S/ 25.00</td><td>-</td></tr><tr><td>Duración de esquema (intervención)</td><td>Aproximadamente de 8 a 16 sesiones</td><td>-</td></tr><tr><td>Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:</td><td>S/ 21.00 x 1 x (8 a 16) = s/ 168 – 336.00</td><td>-</td></tr><tr><td>Diferencia</td><td colspan="2">● Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 336 más que el comparador. ● Por 100 personas tratadas, la intervención cuesta S/ 33 600.00 más que el comparador. ● Por 1 personas tratada al año, la intervención cuesta S/ 336.00 más que el comparador.</td></tr></table>		Esquema definido:				Intervención: Brindar ejercicio	Comparador: No brindar ejercicio	Costo por sesión de terapia física 2 tipos	s/ 21.00	-	Costo por sesión de terapia física 3 tipos o más	S/ 25.00	-	Duración de esquema (intervención)	Aproximadamente de 8 a 16 sesiones	-	Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:	S/ 21.00 x 1 x (8 a 16) = s/ 168 – 336.00	-	Diferencia	● Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 336 más que el comparador. ● Por 100 personas tratadas, la intervención cuesta S/ 33 600.00 más que el comparador. ● Por 1 personas tratada al año, la intervención cuesta S/ 336.00 más que el comparador.		Debido a que los costos de brindar la intervención en lugar del comparador, por esquema de tratamiento resulta en costos pequeños (<s/500), el GEG considero que la intervención y el comparador cuestan similar.
Esquema definido:																								
	Intervención: Brindar ejercicio	Comparador: No brindar ejercicio																						
Costo por sesión de terapia física 2 tipos	s/ 21.00	-																						
Costo por sesión de terapia física 3 tipos o más	S/ 25.00	-																						
Duración de esquema (intervención)	Aproximadamente de 8 a 16 sesiones	-																						
Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:	S/ 21.00 x 1 x (8 a 16) = s/ 168 – 336.00	-																						
Diferencia	● Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 336 más que el comparador. ● Por 100 personas tratadas, la intervención cuesta S/ 33 600.00 más que el comparador. ● Por 1 personas tratada al año, la intervención cuesta S/ 336.00 más que el comparador.																							
Equidad:																								
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?																								
Definiciones																								
● Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)																								
● Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)																								
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																					
● Reduce la equidad o Probablemente reduce la equidad o Probablemente no tenga impacto en la equidad o Probablemente incrementa la equidad o Incrementa la equidad			Considerando que los servicios que ofrecen terapia con ejercicios no están disponibles en todos los niveles de atención a nivel nacional, el enfoque ambulatorio podría reducir la equidad en el acceso, especialmente para las poblaciones vulnerables y aquellas con bajos recursos económicos.																					

<input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Personal de salud: El GEG consideró que los profesionales de la salud aceptarían brindar la intervención (brindar terapia física con ejercicios) en los pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que los pacientes aceptarían la intervención, principalmente porque dicha terapia hace parte de un tratamiento multidisciplinario para este grupo de pacientes.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		<p>Disponibilidad real: El GEG consideró que esta intervención probablemente si es factible de brindarla, debido a que actualmente se cuenta con el servicio correspondiente para la atención de los pacientes, sin embargo, se reconoce la limitada cantidad de especialistas calificados para dicha atención.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención probablemente sí sea factible.</p>

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron moderados (puesto que el tamaño de los efectos para discapacidad funcional post-intervención fue importante y la evidencia para los demás desenlaces evaluados fueron inciertos) y los daños se consideraron triviales (puesto que, el efecto observado sobre los efectos adversos relacionados con el tratamiento fue incierto). Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<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>Recomendación condicional a favor de la intervención Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>

El GEG consideró relevante emitir las siguientes **consideraciones**:

Justificación	Consideración
El GEG consideró que la intervención al ser parte de un tratamiento multidisciplinario, se debe tener en cuenta ciertos aspectos de manera individual para cada paciente, debido a que la población pediátrica en esta situación presenta gran heterogeneidad clínica, en cuanto a intensidad y tipo de dolor, presencia de comorbilidades, grado de compromiso funcional y tolerancia al esfuerzo. Asimismo, es fundamental asegurar que el paciente, su familia o cuidador comprendan los posibles beneficios y riesgos. Por ello se consideró acompañar a la recomendación de una 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.

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

Introducción

El manejo del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos es un desafío que va más allá del tratamiento médico, ya que el dolor tiene también una dimensión emocional y psicológica (1). La terapia psicológica, incluyendo enfoques como la terapia cognitivo-conductual y terapia conductual, ha sido propuesta como una estrategia complementaria para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (29,30). Sin embargo, su efectividad necesita ser evaluada y su aplicación dependen de factores como la disponibilidad de profesionales capacitados y las necesidades individuales de cada niño. Por ello, nos planteamos evaluar si esta intervención debería implementarse en este grupo de pacientes.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
3	Pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos	Brindar terapia psicológica	No brindar terapia psicológica	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional • 30% de reducción del dolor • 50% de reducción del dolor <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento emocional (Depresión) • Funcionamiento emocional (Ansiedad) • Juicio global de satisfacción con el tratamiento

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró la guía WHO 2020 (1) que realizó una RS sobre esta pregunta, publicada como artículo científico: Fisher 2022(26). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Fisher 2022	10/11	Abril 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor postratamiento (38 ECA) • Intensidad de dolor, seguimiento (3 - 12 meses) (21 ECA)

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
			<ul style="list-style-type: none"> • 30% de reducción del dolor postratamiento (1 ECA) • 30% de reducción del dolor seguimiento (1 ECA) • 50% de reducción del dolor postratamiento (22 ECA) • 50% de reducción del dolor al seguimiento (9 ECA) • Calidad de vida relacionado con la salud (13 ECA) • Calidad de vida relacionado con la salud, al seguimiento (67 ECA) • Discapacidad funcional postratamiento (24 ECA) • Discapacidad funcional, seguimiento (3- 12 meses) (14 ECA) • Funcionamiento emocional (depresión) (19 ECA) • Funcionamiento emocional(ansiedad) (19 ECA) • Satisfacción global con el tratamiento (6 ECA)

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Intensidad de dolor al seguimiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022 (26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 21 ECA (n=1881). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como, la intensidad que sentía el paciente categorizado en distintas escalas y que fue evaluado en la Escala de Dolor de Cara (FPS), Escala análoga visual (EVA), y en la escala de calificación numérica (ECN), que registra la intensidad del dolor, este desenlace fue evaluado al seguimiento de 3 a 12 meses (27).

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- 30% de reducción del dolor:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 1ECA (n=104). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en la condición clínica de dolor abdominal recurrente.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue la terapia cognitivo conductual.
 - **El comparador** fue lista de espera y cuidado médico estándar.
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como, el 30% de disminución de dolor de la intensidad que sentía el paciente frente a su basal, categorizado en distintas escalas y que fue evaluado en la Escala de Dolor de Cara (FPS), Escala análoga visual (EVA), y en la escala de calificación numérica (ECN), que registra la intensidad del dolor, este desenlace fue evaluado al seguimiento de 3 a 12 meses (31) (27).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- 50% de reducción del dolor al seguimiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2022 (1), la RS es Fisher 2022 (26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 9 ECA (n=445). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue lista de espera, automonitoreo, tratamiento médico estándar.
 - **El desenlace** de intensidad de dolor fue definido como, el 50% de disminución de dolor de la intensidad que sentía el paciente frente a su basal, categorizado en distintas escalas y que fue evaluado en la Escala de Dolor de Cara (FPS), Escala análoga visual (EVA), y en la escala de calificación numérica (ECN), que registra la intensidad del dolor, este desenlace fue evaluado al seguimiento de 3 a 12 meses.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Calidad de vida relacionado con la salud:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2022(1), la RS es Fisher 2022 (26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 7 ECA (n=795). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de calidad de vida relacionado con la salud fue evaluado con el cuestionario Health-Related Quality of Life-Short Form36 (SF-36), se usó la subescala de funcionamiento físico, las puntuaciones más altas indican un mejor funcionamiento, este desenlace fue evaluado de 3 a 12 meses de seguimiento(26).
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Discapacidad funcional:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2022(1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022, debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA de 12 ECA (n=1755). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de discapacidad funcional fue evaluado a través del índice de discapacidad funcional con un cuestionario de 15 ítems para niños en edad escolar y adolescentes que evalúa los niveles de dolor y la enfermedad en las actividades de la vida diaria, este desenlace fue evaluado de 3 a 12 meses de seguimiento.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- **Funcionamiento emocional (Depresión):**
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022(26) realizó un MA de 12 ECA (n=1375). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de funcionamiento emocional fue evaluado mediante la escala revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS), como medida de la ansiedad y depresión por separado, así mismo para niños pequeños fue evaluado mediante el PedsQL. El desenlace fue evaluado durante el tiempo de la terapia psicológica brindada, de aproximadamente 8 a 12 semanas.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- **Funcionamiento emocional (Ansiedad):**
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022 realizó un MA(26) de 13 ECA (n=1515). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de funcionamiento emocional, fue evaluado mediante la escala revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS), como medida de la ansiedad y depresión por separado, así mismo para niños pequeños fue evaluado mediante el PedsQL. El desenlace fue evaluado

durante el tiempo de la terapia psicológica brindada, de aproximadamente 8 a 12 semanas.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).
- Satisfacción global con el tratamiento:
 - Para este desenlace se contó con una RS de la guía de la OMS 2020 (1), la RS es Fisher 2022(26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2022(26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace, la RS de Fisher 2022(26) realizó un MA de 6 ECA (n=535). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes con dolor crónico (dolor durante 3 meses a más) en condiciones clínicas variadas como, dolor de cabeza crónico, enfermedad de células falciformes, síndrome de intestino irritable, cefalea de tensión, artritis idiopática juvenil.
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias y consulta externa.
 - **La intervención** fue variada, entre las cuales se menciona terapia cognitivo conductual, terapia conductual, y terapia de aceptación.
 - **El comparador** fue la lista de espera.
 - **El desenlace** de satisfacción global con el tratamiento, hace referencia a la evaluación global de la intervención, se evaluó mediante la métrica NRS-11 (calificación de 0 a 10), en donde se considera el alivio del dolor, efectos secundarios, recuperación física y emocional.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Fisher 2022 debido a que su búsqueda fue reciente (abril 2021).

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings - SoF*):

Población: Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos.

Intervención: Terapia psicológica

Comparador: No terapia psicológica

Autores: Zhamanda N. Ortiz-Benique

Bibliografía por desenlace:

- Intensidad del dolor: RS de Fisher 2022(26).
- 30% de reducción del dolor: RS de Fisher 2022(26).
- 50% de reducción del dolor: RS de Fisher 2022(26).
- Calidad de vida: RS de Fisher 2022(26).
- Discapacidad funcional: RS de Fisher 2022(26).
- Funcionamiento emocional (depresión): RS de Fisher 2022(26).
- Funcionamiento emocional(ansiedad): RS de Fisher 2022(26).
- Satisfacción global con el tratamiento: RS de Fisher 2022(26).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Terapia psicológica	Comparación: Terapia psicológica	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Intensidad del dolor al seguimiento de 3-12 meses (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	Crítico	21 ECA (n=1881)	n=997	n=884	NA	DME -0.14 (-0.30 a +0.02)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, con respecto a la intensidad de dolor al seguimiento.
30% de reducción del dolor al seguimiento	Crítico	1 ECA	31/52 (59.6%)	29/52 (55.8%)	RR 1.07 (0.77 a 1.49)	+4 por 100 (-13 a +27)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,d}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, con respecto al 30% de reducción de dolor al seguimiento.
50% de reducción del dolor al seguimiento	Crítico	9 ECA	109/242 (45.0%)	46/203 (22.7%)	RR 2.09 (1.29 a 3.38)	+25 por 100 (de +7 a +54)	⊕○○○ Muy Baja _{b,d,e}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, con respecto al 50% de reducción de dolor al seguimiento.
Calidad de vida al seguimiento (Las puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida)	Crítico	67 ECA (n=795)	n=449	n=346	NA	DME: -0.09 (-0.35 a +0.16)	⊕○○○ Muy Baja _{b,c,e}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, con respecto a la calidad de vida al seguimiento.
Discapacidad funcional al seguimiento de 3-12 meses (Las puntuaciones más bajas indican una menor discapacidad)	Crítico	14 ECA (n=1755.)	n=914	n=841	NA	DME: -0.23 (-0.38 a -0.08)	⊕○○○ Muy Baja _{b,c,e}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, con respecto a la discapacidad funcional al seguimiento.
Funcionamiento emocional (Depresión) al seguimiento (altos puntajes indican alta sintomatología depresiva)	Importante	12 ECA (n=1375)	n=709	n=666	NA	DME: +0.06 (-0.05 a +0.16)	⊕⊕○○ Baja ^e	Al brindar la terapia psicológica en lugar de no brindarla, podría ser que no causemos un efecto importante en el funcionamiento emocional (depresión) al seguimiento.

Población: Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos.

Intervención: Terapia psicológica

Comparador: No terapia psicológica

Autores: Zhamanda N. Ortiz-Benique

Bibliografía por desenlace:

- **Intensidad del dolor:** RS de Fisher 2022(26).
- **30% de reducción del dolor:** RS de Fisher 2022(26).
- **50% de reducción del dolor:** RS de Fisher 2022(26).
- **Calidad de vida:** RS de Fisher 2022(26).
- **Discapacidad funcional:** RS de Fisher 2022(26).
- **Funcionamiento emocional (depresión):** RS de Fisher 2022(26).
- **Funcionamiento emocional(ansiedad):** RS de Fisher 2022(26).
- **Satisfacción global con el tratamiento:** RS de Fisher 2022(26).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Terapia psicológica	Comparación: Terapia psicológica	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Funcionamiento emocional (Ansiedad) post intervención (altos puntajes indican alta síntomatología ansiosa)	Importante	13 ECA (n=1515)	n= 820	n= 695	NA	DME: +0,07 (-0.17 a + 0.03)	⊕⊕○○ Baja ^e	Al brindar la terapia psicológica en lugar de no brindarla, podría ser que no causemos un efecto importante en el funcionamiento emocional (ansiedad) al seguimiento.
Satisfacción global con el tratamiento	Importante	6 ECA (n=535)	n=263	n=272	NA	DME: -0.43 (-0.60 a - 0.26)	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	Al brindar terapia psicológica en lugar de no brindarla, podría ser que causemos un aumento en la satisfacción global con el tratamiento.

IC: Intervalo de confianza; RD: Diferencia de riesgo, DM: Diferencia de medias, DME: Diferencia de medias estandarizadas, NA: No aplica.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

DMI para desenlaces con DME: 0.2 (28)

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se le disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que el 50 a 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo poco claro por el ocultamiento de la asignación, cegamiento del desenlace, datos incompletos del desenlace, riesgo de sesgo alto por el reporte selectivo de resultados).
- Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, porque la población pediátrica reportada no se encontraba en su mayoría en cuidados paliativos.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% del efecto absoluto atraviesa un DMI.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el número total de eventos fue de 50 a <300.
- Se le disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo, debido a que <50% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision, EtD*):

Presentación:

Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?	
Población:	Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran de cuidados paliativos.
Intervención:	Terapia psicológica
Comparador:	No terapia psicológica
Desenlaces:	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • 30% de reducción del dolor • 50% de reducción del dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional • Funcionamiento emocional (Depresión) • Funcionamiento emocional (Ansiedad) • Satisfacción global con el tratamiento
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios: ¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input checked="" type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input type="radio"/> Grande <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG considero que el beneficio fue pequeño, puesto que el efecto evaluado para el desenlace de satisfacción global con el tratamiento fue pequeño. Sin embargo, los efectos para los demás desenlaces evaluados fueron inciertos, en base a ello, no se podría estimar un efecto sobre sus potenciales beneficios.
	Intensidad del dolor al seguimiento de 12 meses (Las puntuaciones más altas indican una mayor intensidad del dolor)	21 ECA	NA	DME: -0.14 (-0.30 a +0.02)	Muy Baja ⊕○○○	
	30% de reducción del dolor al seguimiento	1 ECA	RR 1.07 (0.77 a 1.49)	+39 por 100 (-13 a +27)	Muy Baja ⊕○○○	
	50% de reducción del dolor al seguimiento	9 ECA	RR 2.09 (1.29 a 3.38)	+25 por 100 (de +7 a +54)	Muy Baja ⊕○○○	
	Calidad de vida al seguimiento (Las puntuaciones más bajas indican una mejor calidad de vida)	7 ECA	NA	DME: -0.09 (-0.35 a +0.16)	Muy Baja ⊕○○○	
	Satisfacción global con el tratamiento (menor puntuación indica mayor satisfacción)	6 ECA	NA	DME: -0.43 (-0.60 a -0.26)	Baja ⊕⊕○○	

	En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos, por cada 100 personas a las que se le brinde terapia psicológica en lugar de no brindarlo: <ul style="list-style-type: none">Podría ser que causemos un efecto importante en la satisfacción global con el tratamiento.En contraste, podría ser que no modifiquemos la intensidad de dolor; la calidad de vida, 30% de la reducción del dolor, así como el 50% de la reducción del dolor, aunque la evidencia es incierta.					
Daños:						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
o Grande o Moderado o Pequeño • Trivial o Varía o Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG considero que los daños fueron triviales, puesto que, los efectos observados sobre los desenlaces de depresión y ansiedad mostraron no ser importantes, dado que no superaron el DMI establecido.
	Funcionamiento emocional (Depresión) al seguimiento (altos puntajes indican alta sintomatología depresiva)	12 ECA	NA	DME: +0,06 (-0.05 a + 0.16)	⊕⊕○○ Baja	
	Funcionamiento emocional (Ansiedad) post intervención (altos puntajes indican alta sintomatología ansiosa)	13 ECA	NA	DME: +0,07 (-0.17 a + 0.03)	⊕⊕○○ Baja	
En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos, por cada 100 personas a las que se le brinde terapia psicológica en lugar de no brindarlo: <ul style="list-style-type: none">Podría ser que no causemos un efecto importante sobre los desenlaces de ansiedad y depresión.						
Certeza de la evidencia:						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?						
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales	
• Muy baja o Baja o Moderada o Alta o Ningún estudio incluido	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia		Certeza	La certeza más baja de los desenlaces críticos fue muy baja.	
	Intensidad del dolor al seguimiento	Crítico		⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,c}		
	50% de reducción del dolor al seguimiento	Crítico		⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,d}		
	30% de reducción del dolor al seguimiento	Crítico		⊕○○○ Muy Baja ^{b,e}		
	Calidad de vida	Crítico		⊕○○○ Muy Baja ^{b,c,e}		
	Explicaciones de la certeza de evidencia: a. Se le disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que el 50 a 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo poco claro por el ocultamiento de la asignación, cegamiento del desenlace, datos incompletos del desenlace, riesgo de sesgo alto por reporte selectivo de resultados). b. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, porque la población pediátrica reportada no se encontraba en su mayoría en cuidados paliativos. c. Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% del efecto absoluto atraviesa un DMI. d. Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el número total de eventos fue de 50 a <300. e. Se le disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo, debido a que <50 del peso del metaanálisis está compuesto por estudios que son de bajo riesgo de sesgo.					

Desenlaces importantes para los pacientes:														
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	Se contó con evidencia para todos los desenlaces críticos e importantes considerados.													
Balance de los efectos:														
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input checked="" type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input type="radio"/> Favorece a la intervención <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance probablemente favorece a la intervención.												
Uso de recursos:														
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Costos extensos <input type="radio"/> Costos moderados <input checked="" type="radio"/> Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Esquema definido: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Intervención: Terapia psicológica</th> <th>Comparador: No terapia psicológica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Costo por sesión de terapia psicológica</td> <td>s/.34.00</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Duración de esquema (intervención)</td> <td>Aproximadamente 5 sesiones</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:</td> <td>s/.34.00 x 1 x 5 = s/.170.00</td> <td>s/.0.00</td> </tr> </tbody> </table> Diferencia <ul style="list-style-type: none"> • Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 170 más que el comparador. • Por 100 personas tratadas, la intervención cuesta S/ 17 000 más que el comparador. • Por 1 personas tratadas al año, la intervención cuesta S/ 170 más que el comparador. 		Intervención: Terapia psicológica	Comparador: No terapia psicológica	Costo por sesión de terapia psicológica	s/.34.00	-	Duración de esquema (intervención)	Aproximadamente 5 sesiones	-	Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:	s/.34.00 x 1 x 5 = s/.170.00	s/.0.00	Debido a que los costos de brindar la intervención en lugar del comparador, por esquema de tratamiento resulta en costos pequeños (<s/500), el GEG considero que la intervención y el comparador cuestan similar.
	Intervención: Terapia psicológica	Comparador: No terapia psicológica												
Costo por sesión de terapia psicológica	s/.34.00	-												
Duración de esquema (intervención)	Aproximadamente 5 sesiones	-												
Costo total de la intervención por persona por duración de esquema:	s/.34.00 x 1 x 5 = s/.170.00	s/.0.00												
Equidad:														
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?														
<u>Definiciones</u>														
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i> • <i>Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)</i> 														
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales												
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		Brindar terapia psicológica a pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos contribuye a aumentar la equidad en salud, ya que garantiza el acceso a un apoyo integral del paciente. Esta intervención reconoce que el manejo del dolor no solo debe ser físico, sino también emocional, y permite que todos los niños, independientemente de sus circunstancias, reciban una atención digna, compasiva y												

		centrada en sus necesidades individuales.
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud: El GEG consideró que los profesionales de la salud aceptarían brindar la intervención (brindar terapia psicológica) en los pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos, sin embargo, se reconoce la limitada cantidad de especialistas calificados para dicha atención.</p> <p>Pacientes: El GEG consideró que los pacientes aceptarían la intervención, principalmente porque dicha terapia hace parte de un tratamiento multidisciplinario para este grupo de pacientes.</p>
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Disponibilidad real: El GEG consideró que esta intervención probablemente si es factible de brindarla, debido a que actualmente se cuenta con el servicio correspondiente para la atención de los pacientes.</p> <p>Considerando todo ello, el GEG estableció que implementar la intervención sí sea factible.</p>

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, los beneficios de brindar la intervención en lugar del comparador se consideraron pequeños (puesto que el tamaño de los efectos para satisfacción global con el tratamiento fue pequeño, y el tamaño de los efectos para los desenlaces de intensidad de dolor y calidad de vida fueron inciertos) y los daños se consideraron triviales (puesto que los efectos observados sobre los desenlaces de depresión y ansiedad mostraron no ser importantes, dado que no superaron el DMI establecido). Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia psicológica como parte del tratamiento.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>

El GEG consideró relevante emitir las siguientes **consideraciones**:

Justificación	Consideración
<p>El GEG consideró que la intervención al ser parte de un tratamiento multidisciplinario, se debe considerar ciertos aspectos de manera individual para cada paciente debido a que, la respuesta de cada niño a las intervenciones psicológicas varía según su edad, etapa de desarrollo, condición clínica y contexto familiar (30). Asimismo, las terapias cognitivo-conductuales, conductuales y de aceptación y compromiso han mostrado eficacia en este contexto y permiten ofrecer alternativas ajustadas a las características del paciente (29).</p> <p>Por otro lado, El GEG consideró que el acceso a la atención psicológica debe contemplar modalidades flexibles para la prestación de la atención, ya sea presencial, a distancia o combinado, que permitan garantizar continuidad y oportunidad en la atención, reduciendo las barreras para el paciente y su familia. Esta adaptabilidad favorece que la terapia psicológica se ajuste a las necesidades específicas de cada niño. Por ello se consideró acompañar a la recomendación con estas dos consideraciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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.

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?

El dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos representa una experiencia compleja que afecta no solo al niño, sino también a su entorno familiar (32,33). Los cuidadores o padres enfrentan altos niveles de estrés emocional, ansiedad y carga psicológica, lo cual puede influir directamente en el bienestar del niño (32,34). La terapia psicológica dirigida a los cuidadores ha sido propuesta como una intervención potencialmente beneficiosa, no solo para mejorar su salud mental, sino también para impactar positivamente en la calidad del cuidado brindado y, en consecuencia, en la salud del niño (35). Esta pregunta busca evaluar si ofrecer apoyo psicológico a los cuidadores podría traducirse en beneficios clínicamente significativos para los niños que padecen dolor en el contexto de cuidados paliativos.

Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó una pregunta PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
4	Pacientes menores de 18 años con dolor que requieren cuidados paliativos	Terapia psicológica a cuidadores o padres	No terapia psicológica a cuidadores o padres	<p><u>Críticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor del niño • Calidad de vida del niño • Capacidad funcional del niño <p><u>Importantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos en el niño • Salud mental del niño (bienestar, estrés, ansiedad, y depresión) • Salud mental del cuidador o padres • Conducta de los padres

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontró una RS publicada como artículo científico: Law 2019 (36). A continuación, se resumen las características de la RS encontrada:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Law 2019	11/11	Julio 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor (8 ECA) • Discapacidad del niño (12 ECA) • Salud mental infantil (11 ECA) • Salud mental de los padres (3 ECA) • Conducta de los padres (6 ECA)

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

- Intensidad de dolor
 - Para este desenlace se contó con la RS de Law 2019 (36).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Law 2019 debido a que la calidad de la RS fue considerada como aceptable (AMSTAR-2: 11/11) y fue la única RS que reportó este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de Law 2019 realizó un MA de 8 ECA (n=1018). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron pacientes pediátricos con enfermedades que cursan con dolor crónico (artritis, dolor de espalda, síndrome de dolor regional complejo, fibromialgia, dolencias idiopáticas, migraña, etc.)
 - **El escenario clínico** fue diverso incluyendo escenarios intra y extrahospitalarios.
 - **La intervención** incluyó Intervenciones psicológicas para los padres (TCC: terapia cognitivo-conductual y TSP: terapia de resolución de problemas).
 - **El comparador** fue control activo (otra intervención como educación) o control en lista de espera (no intervención psicológica hasta después de finalizar el estudio).
 - **El desenlace** fue el control de síntomas que fue definido como disminución de la intensidad de dolor utilizando escalas validadas.
 - Dado que la RS de Law 2019 tuvo una búsqueda sistemática con más de 5 años de antigüedad, el GEG consideró necesario hacer una búsqueda preliminar de nuevos ECA. Sin embargo, ninguno de los nuevos ECA encontrados se ha realizado en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Por tanto, se decidió por no actualizar la RS de Law 2019.
- Calidad de vida
 - Ninguna de las RS incluyó este desenlace.
- Discapacidad del niño
 - Para este desenlace se contó con la RS de Law 2019 (36).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Law 2019 debido a que la calidad de la RS fue considerada como aceptable (AMSTAR-2: 11/11) y fue la única RS que reportó este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de Law 2019 realizó un MA de 12 ECA (n=1362). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, y la intervención, y el comparador** fueron iguales a lo reportado para el desenlace de intensidad de dolor.
 - **El desenlace** fue la discapacidad funcional del niño, que se refiere al grado en que el dolor crónico limita la capacidad del niño para participar en actividades diarias y funcionales. Instrumentos como el Child Activity

Limitation Interview-21 y el Functional Disability Inventory fueron utilizados para medir este aspecto.

- Dado que la RS de Law 2019 tuvo una búsqueda sistemática con más de 5 años de antigüedad, el GEG consideró necesario hacer una búsqueda preliminar de nuevos ECA. Sin embargo, ninguno de los nuevos ECA encontrados se ha realizado en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Por tanto, se decidió por no actualizar la RS de Law 2019.
- Eventos adversos
 - Ninguna de las RS incluyó este desenlace.
- Salud mental del niño (bienestar, estrés, ansiedad, y depresión)
 - Para este desenlace se contó con la RS de Law 2019 (36).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Law 2019 debido a que la calidad de la RS fue considerada como aceptable (AMSTAR-2: 11/11) y fue la única RS que reportó este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de Law 2019 realizó un MA de 11 ECA (n=1314). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, y la intervención, y el comparador** fueron iguales a lo reportado para el desenlace de intensidad de dolor.
 - **El desenlace** fue el estado de salud mental del niño (incluyendo diferentes medidas de autoinforme como ansiedad, y depresión). Las puntuaciones más altas indicaron mayores síntomas de salud mental.
 - Dado que la RS de Law 2019 tuvo una búsqueda sistemática con más de 5 años de antigüedad, el GEG consideró necesario hacer una búsqueda preliminar de nuevos ECA. Sin embargo, ninguno de los nuevos ECA encontrados se ha realizado en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Por tanto, se decidió por no actualizar la RS de Law 2019.
- Salud mental del cuidador o padres
 - Para este desenlace se contó con la RS de Law 2019 (36).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Law 2019 debido a que la calidad de la RS fue considerada como aceptable (AMSTAR-2: 10/10) y fue la única RS que reportó este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de Law 2019 realizó un MA de 3 ECA (n=490). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, y la intervención, y el comparador** fueron iguales a lo reportado para el desenlace de intensidad de dolor.
 - **El desenlace** fue el estado de salud mental de los padres o cuidadores (por ejemplo, medidas de autoinforme de ansiedad, y depresión).
 - Dado que la RS de Law 2019 tuvo una búsqueda sistemática con más de 5 años de antigüedad, el GEG consideró necesario hacer una búsqueda preliminar de nuevos ECA. Sin embargo, ninguno de los nuevos ECA encontrados se ha realizado en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Por tanto, se decidió por no actualizar la RS de Law 2019.

- Conducta de los padres
 - Para este desenlace se contó con la RS de Law 2019 (36).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Law 2019 debido a que la calidad de la RS fue considerada como aceptable (AMSTAR-2: 10/10) y fue la única RS que reportó este desenlace.
 - Para este desenlace, la RS de Law 2019 realizó un MA de 6 ECA (n=755). Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, y la intervención, y el comparador** fueron iguales a lo reportado para el desenlace de intensidad de dolor.
 - **El desenlace** fue la conducta de los padres frente a la enfermedad del niño. Este desenlace se refiere a las acciones y comportamientos de los padres en relación con la enfermedad crónica de su hijo, incluyendo tanto comportamientos adaptativos como mal adaptativos (por ejemplo, conductas sobreprotectoras o de atención excesiva).
 - Dado que la RS de Law 2019 tuvo una búsqueda sistemática con más de 5 años de antigüedad, el GEG consideró necesario hacer una búsqueda preliminar de nuevos ECA. Sin embargo, ninguno de los nuevos ECA encontrados se ha realizado en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos. Por tanto, se decidió por no actualizar la RS de Law 2019.

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings - SoF*):

Población: pacientes pediátricos con dolor en cuidados paliativos

Intervención: Intervenciones psicológicas para los padres (TCC: terapia cognitivo-conductual y TSP: terapia de resolución de problemas)

Comparador: No intervenciones psicológicas para los padres

Autores: Daniel Fernández Guzmán

Bibliografía por desenlace:

- Intensidad de dolor: Law 2019 (36)
- Calidad de vida: No se encontró evidencia para este desenlace.
- Discapacidad del niño: Law 2019
- Salud mental infantil: Law 2019
- Salud mental de los padres: Law 2019
- Conducta de los padres: Law 2019

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Intervenciones psicológicas para los padres	Control: No intervenciones psicológicas para los padres	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Intensidad de dolor del niño <i>Las puntuaciones más altas indican mayor dolor</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Crítico	8 ECA (n=1018)	- n = 511	- n = 507	-	DME: -0.13 (-0.33 a +0.06)	⊕○○○ Muy baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, con respecto a la intensidad de dolor.
Calidad de vida del niño	Crítico	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Discapacidad funcional del niño post intervención <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (mediana de seguimiento: 3 a 6 meses)	Crítico	12 ECA (n=1362)	- n = 665	- n = 697	-	DME: -0.15 (-0.28 a -0.01)	⊕○○○ Muy baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, con respecto a la discapacidad del niño
Discapacidad funcional del niño al seguimiento <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (mediana de seguimiento: 3 a 12 meses)	Crítico	9 ECA (n=1099)	- n = 557	- n = 542	-	DME: -0.27 (-0.39 a -0.15)	⊕○○○ Muy baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, con respecto a la discapacidad del niño
Salud mental infantil <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	11 ECA (n=1314)	- n = 659	- n = 655	-	DME: -0.02 (-0.13 a +0.09)	⊕⊕○○ Baja _{a,c}	Al brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, podría ser que no modifiquemos de forma importante los síntomas de salud mental de los niños.
Efectos adversos en el niño	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Salud mental de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	3 ECA (n=490)	- n = 245	- n = 245	-	DME: -0.24 (-0.42 a -0.06)	⊕⊕○○ Baja _{b,c}	Al brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, podría ser que disminuyamos de forma importante los síntomas de salud mental de los padres.
Conducta de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican una mayor conducta parental inadaptada</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	6 ECA (482)	- n = 239	- n = 243	-	DME: -0.29 (-0.47 a -0.10)	⊕○○○ Muy baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar intervenciones psicológicas para los padres de niños con dolor, en lugar de no brindarlas, con respecto a la conducta de los padres.

Población: pacientes pediátricos con dolor en cuidados paliativos

Intervención: Intervenciones psicológicas para los padres (TCC: terapia cognitivo-conductual y TSP: terapia de resolución de problemas)

Comparador: No intervenciones psicológicas para los padres

Autores: Daniel Fernández Guzmán

Bibliografía por desenlace:

- **Intensidad de dolor:** Law 2019 (36)
- **Calidad de vida:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Discapacidad del niño:** Law 2019
- **Salud mental infantil:** Law 2019
- **Salud mental de los padres:** Law 2019
- **Conducta de los padres:** Law 2019

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	<u>Intervención:</u> Intervenciones psicológicas para los padres	<u>Control:</u> No intervenciones psicológicas para los padres	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
---------------------------------------	-------------	---------------------------------	--	---	--------------------------------	------------------------	---------	-----------------

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; **DME:** Diferencia de medias estandarizadas.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

DMI: Para todos los desenlaces numéricos que se presentaron como DME se utilizó el punto de corte de: 0.2 (28)

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, ya que menos del 70% del peso del MA está compuesto de estudios con bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo incierto en datos del desenlace incompletos y riesgo de sesgo alto en el reporte selectivo de resultados).
- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que el intervalo de confianza del estimado absoluto cruza un DMI.
- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por evidencia indirecta, ya que la población no es específica de pacientes en cuidados paliativos

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

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?	
Población:	En niños menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos
Intervención:	brindar terapia psicológica a sus cuidadores o padres
Comparador:	No brindar terapia psicológica a sus cuidadores o padres
Desenlaces:	Intensidad de dolor del niño Calidad de vida del niño Capacidad funcional del niño Eventos adversos en el niño Salud mental del niño (bienestar, estrés, ansiedad, y depresión) Salud mental del cuidador o padres Conducta de los padres
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio		Evidencia				Consideraciones adicionales
○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se	desconoce	Desenlaces (<i>tiempo de seguimiento</i>)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza
		Intensidad de dolor del niño <i>Las puntuaciones más altas indican mayor dolor</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	8 ECA (n=1018)	-	DME: -0.13 (-0.33 a +0.06)	⊕○○○ Muy baja a,b,c
		Calidad de vida del niño	No se encontró evidencia para este desenlace.			
		Discapacidad funcional del niño post intervención <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (mediana de seguimiento: 3 a 6 meses)	12 ECA (n=1362)	-	DME: -0.15 (-0.28 a -0.01)	⊕○○○ Muy baja a,b,c
		Discapacidad funcional del niño al seguimiento <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (mediana de seguimiento: 3 a 12 meses)	9 ECA (n=1099)	-	DME: -0.27 (-0.39 a -0.15)	⊕○○○ Muy baja a,b,c
El GEG consideró que el uso de intervenciones psicológicas para los padres o cuidadores podría reducir de forma importante la discapacidad funcional del niño, aunque la evidencia es incierta. Además de que podría tener un efecto importante sobre la salud mental de los padres. En contraste, no logró reducir de forma importante la intensidad de dolor del niño, y la salud mental del niño. Por otro lado, el GEG consideró que la carga emocional del niño y los padres en el contexto de cuidados paliativos podría ser mayor y los efectos reportados podrían ser mayores. En base a ello, el GEG consideró que el beneficio de las intervenciones psicológicas en los padres o cuidadores es moderado.						

Salud mental infantil <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	11 ECA (n=1314)	-	DME: -0.02 (-0.13 a +0.09)	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}
Efectos adversos en el niño	No se encontró evidencia para este desenlace.			
Salud mental de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	3 ECA (n=490)	-	DME: -0.24 (-0.42 a -0.06)	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}
Conducta de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican una mayor conducta parental inadaptada</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	6 ECA (755)	-	DME: -0.29 (-0.47 a -0.10)	⊕○○○ Muy baja _{a,b,c}
<p>En resumen, al brindar intervenciones psicológicas a los padres o cuidadores en lugar de no brindarlos, podría ser que:</p> <ul style="list-style-type: none">Disminuyamos de forma importante los síntomas de salud mental de los padres.No disminuya de forma importante la salud mental del niño.Además, podría reducir la discapacidad funcional del niño y conductas inadaptadas de los padres, pero la evidencia es incierta.Además, la evidencia es muy incierta con respecto a la intensidad del dolor.				
Daños: ¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
○ Grande ○ Moderado ○ Pequeño ● Trivial ○ Varía ○ Se desconoce	No se encontró evidencia para este desenlace en base a la RS. Sin embargo, en base a los estudios primarios, estos reportaron: <ul style="list-style-type: none">En dos estudios (Palermo 2016a y Palermo 2016b), los participantes reportaron eventos importantes de la vida y factores estresantes durante el período de estudio (por ejemplo, muerte de un padre, enfermedad grave) así como conductas de autolesión; los autores señalaron que estos eventos no se atribuyeron a la participación en la intervención del estudio.En otro estudio (Kashikar-Zuck 2012), el evento adverso más comúnmente reportado fue la infección (por ejemplo, infección sinusal, faringitis estreptocócica) y hubo un participante que requirió hospitalización psiquiátrica para una evaluación adicional de los síntomas revelados en la primera sesión de tratamiento. Los autores informaron que estos eventos no estaban relacionados con el estudio y no difirieron entre los grupos de tratamiento.			El GEG consideró que brindar las intervenciones psicológicas a los padres o cuidadores podría no aparecer efectos adversos en los niños o padres. En base a ello, el GEG consideró que los daños serían triviales.
Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales

- Muy
- Baja
- Moderada
- Alta
- Ningún estudio incluido

baja

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza
Intensidad de dolor <i>Las puntuaciones más altas indican mayor dolor</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Crítico	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
Calidad de vida	Crítico	
Discapacidad del niño <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 6 meses)	Importante	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
Discapacidad del niño <i>Las puntuaciones más altas indican mayor discapacidad</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
Salud mental infantil <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}
Efectos adversos	Importante	
Salud mental de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican mayores síntomas de salud mental</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}
Conducta de los padres <i>Las puntuaciones más altas indican una mayor conducta parental inadaptada</i> (rango de tiempo de seguimiento: 3 a 12 meses)	Importante	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}
Explicaciones de la certeza de evidencia: a. disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, ya que menos del 70% del peso del MA está compuesto de estudios con bajo riesgo de sesgo (riesgo de sesgo incierto en datos del desenlace incompletos y riesgo de sesgo alto en el reporte selectivo de resultados). b. Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, ya que el intervalo de confianza del estimado absoluto cruza un DMI. c. Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por evidencia indirecta, ya que la población no es específica de pacientes en cuidados paliativos		

Entre los desenlaces críticos o importantes, se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).

Desenlaces importantes para los pacientes:		
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente ○ Probablemente ● Sí	no sí El GEG consideró que se cuentan con todos los desenlaces que podrían ser importantes para los pacientes.	
Balance de los efectos:		
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce		El GEG consideró que los beneficios de brindar intervenciones psicológicas a los padres o cuidadores fueron moderados, mientras que los potenciales daños fueron considerados triviales. Tomando en cuenta que la certeza de evidencia fue muy baja, el GEG consideró que el balance probablemente favorece a la intervención.

Uso de recursos:			
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
○ Costos extensos ○ Costos moderados ● ○ Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce		Intervención: intervenciones psicológicas	Comparador: No intervenciones psicológicas
	Costo por consulta	S/ 34.0 por consulta	-
	Cantidad de atenciones	4 a 8 sesiones	-
	Costo total por tratamiento persona:	S/ 136 a S/ 272	Ninguno
	Diferencia	● Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 272 más que el comparador. ● Por 100 personas tratadas, la intervención cuesta S/ 2720 más que el comparador.	
Equidad: Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?			
<u>Definiciones</u> ● Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc) ● Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
○ Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ● Probablemente incrementa la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce			El GEG consideró que el brindar intervenciones psicológicas a los padres o cuidadores de niños con dolor que requieren cuidados paliativos probablemente tenga un impacto sobre la equidad, ya que en muchos contextos la carga emocional de los familiares podría pasar sin atención. Además, el GEG consideró que en las diferentes instituciones de salud de EsSalud, no todo el personal se encuentra adecuadamente capacitado, por lo que no se llega a recibir dichas intervenciones.
Aceptabilidad: ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce			Personal de salud: El GEG consideró que los médicos aceptarían el uso de intervenciones psicológicas para los padres o cuidadores como parte de un manejo integral del paciente y su familia. Pacientes: El GEG consideró que, debido a la carga emocional de los niños y padres, estos aceptarían recibir intervenciones que puedan ayudar a lidiar o sobrellevar dicha situación.
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce			El GEG consideró que la intervención es factible de implementar, y que para su realización se requiere de capacitaciones al personal de psicología.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En niños con dolor y que requieren cuidados paliativos, los beneficios de brindar intervenciones psicológicas a los padres en lugar de no brindarlas se consideraron moderados (puesto que el tamaño de los efectos para discapacidad del niño y salud mental de los padres se consideraron moderados por la carga emocional que en este contexto presentan los pacientes y sus familias) y los daños se consideraron triviales (puesto que no se reportó efectos adversos relacionados con la intervención). Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de intervenciones psicológicas a los padres o cuidadores.</p> <p>Fuerza: Por otro lado, el GEG consideró que la certeza de evidencia fue muy baja, por lo que la fuerza de la recomendación fue condicional.</p>	<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>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja ⊕○○○</p>

El GEG consideró adecuado añadir la siguiente **consideración** junto con la anterior recomendación:

Justificación	Consideración
<p>El GEG consideró que los cuidadores de niños con enfermedades crónicas experimentan altos niveles de ansiedad, estrés y sobrecarga emocional. La evidencia disponible en la revisión sistemática respalda el uso de intervenciones psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual (36), como una estrategia eficaz para mejorar su bienestar emocional y su capacidad de afrontamiento. Además, estas intervenciones son recomendadas por profesionales de la salud mental en el contexto del cuidado pediátrico.</p>	<p>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.</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?

Introducción

El manejo del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos representa un desafío clínico que requiere un enfoque individualizado, seguro y efectivo (37). Diversos analgésicos pueden utilizarse en la primera escalera analgésica, entre ellos, el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (7). En el contexto de EsSalud, los fármacos disponibles incluyen paracetamol, ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco, entre otros.

La elección del fármaco debe considerar la intensidad del dolor, la edad del paciente, la presencia de comorbilidades, el perfil de efectos adversos y la vía de administración disponible (26,38). Evaluar la eficacia y seguridad de estas opciones es esencial para garantizar un alivio adecuado del dolor en este grupo vulnerable (7).

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
5	Pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieran cuidados paliativos	Comparaciones entre: <ul style="list-style-type: none"> Paracetamol, no Antinflamatorios esteroideos, + Paracetamol + Antinflamatorios no esteroideos, y no Placebo 	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Cambio de dolor Alivio de los síntomas Calidad de vida Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos gastrointestinales Eventos adversos dermatológicos Medicación de rescate Satisfacción global con el tratamiento

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces priorizados por el GEG.

Se encontraron 5 RS publicadas como artículos científicos: Olejnik 2025 (39), Cooper 2017 (40), Eccleston 2017 (41), Cooper 2017 (42), Hartling 2016 (43). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Tipo de síntesis cuantitativa	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Olejnik 2025	Metaanálisis en red	10/10	Octubre 2023	• Cambio de dolor (10 ECA)

RS	Tipo de síntesis cuantitativa	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
				<ul style="list-style-type: none"> • Requerimiento de medicación de rescate (3 ECA) • Eventos adversos gastrointestinales (8 ECA) • Eventos adversos dermatológicos (5 ECA)
Cooper 2017	Síntesis narrativa	6/6	Setiembre 2016	• No se encontró ECAs.
Eccleston 2017	Síntesis narrativa	6/6	Setiembre 2016	• No se encontró ECAs.
Cooper 2017	Síntesis narrativa	6/6	Setiembre 2016	• No se encontró ECAs.
Hartling 2016	Metaanálisis	9/11	Julio de 2015	• Eventos adversos (17 ECA, 2 EO)

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Cambio de dolor:
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: Olejnik 2025, Cooper 2017, Eccleston 2017, Cooper 2017.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025 (39)**, debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 10 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron niños (<18 años) que acudieron al servicio de urgencias, a centros de atención de urgencias o a consultas médicas ambulatorias con dolor agudo (<4 semanas).
 - **El escenario clínico** fue ambulatorio.
 - **La intervención** consistió en la monoterapia con paracetamol, AINEs o la terapia con paracetamol + AINEs.
 - **El comparador** fue placebo.
 - **El desenlace** de cambio de dolor fue definido como el alivio del dolor medido al cabo de 1 hora o cerca de ese tiempo.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- Requerimiento de medicación de rescate:
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: Olejnik 2025, Cooper 2017, Eccleston 2017, Cooper 2017.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025 (39)**, debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).

- Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 3 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de dolor.
 - **El desenlace** de medicación de rescate se definió como cualquier fármaco adicional administrado tras la intervención principal (ibuprofeno, ketorolaco), debido a persistencia del dolor.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- Eventos adversos gastrointestinales:
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: Olejnik 2025, Cooper 2017, Eccleston 2017, Cooper 2017.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025 (39)**, debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 8 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de dolor.
 - **El desenlace** de eventos adversos gastrointestinales se definió como la ocurrencia de dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- Eventos adversos dermatológicos:
 - Para este desenlace se contó con cuatro RS: Olejnik 2025, Cooper 2017, Eccleston 2017, Cooper 2017.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025 (39)**, debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 5 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de dolor.
 - **El desenlace** de eventos adversos dermatológicos se definió como la ocurrencia de rash, prurito, urticaria, entre otros.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings* - SoF):

Pacientes o población: pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos.

Intervención: monoterapia con paracetamol, AINEs, terapia con paracetamol + AINEs

Comparador: Placebo

Autores: Brenda Sofia Caira Chuquinyra

Bibliografía:

- **Cambio de dolor:** RS Olejnik 2025 (39)
- **Requerimiento de medicación de rescate:** RS Olejnik 2025 (39)
- **Eventos adversos gastrointestinales:** RS Olejnik 2025 (39)
- **Eventos adversos dermatológicos:** RS Olejnik 2025 (39)

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Intervención: Paracetamol Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: Paracetamol + AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Interpretación
Dolor (mediana tiempo seguimiento: 2 horas)	Crítico	DM: -1.00 (-1.71 a -0.29) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.29 (-1.89 a -0.70) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.37 (-2.92 a +0.18) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Al brindar paracetamol o AINEs + paracetamol o AINEs en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor.
Requerimiento de medicación de rescate (mediana tiempo seguimiento: 1 hora)	Importante		RR: 0.31 (0.14 - 0.67) RA: -15.2 por 100 (-18.9 a -7.3) ⊕⊕⊕○ Certeza moderada ^b		Al brindar AINEs en lugar de placebo, probablemente causemos una disminución de forma importante en el requerimiento de medicación de rescate.
Eventos adversos gastrointestinales (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	Importante	RR: 0.63 (0.21 - 1.87) RA: -0.8 por 100 (de -1.6 a +1.8) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{b,c}	RR: 1.00 (0.45 - 2.22) RA: 0 por 100 (de -2.7 a +6) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,d}		Al brindar paracetamol en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de los eventos adversos gastrointestinales. La evidencia es muy incierta sobre el efecto en la incidencia de los eventos adversos gastrointestinales al brindar AINEs en lugar de placebo.
Eventos adversos dermatológicos (mediana tiempo seguimiento: 48 horas)	Importante	RR: 0.78 (0.06 - 9.52) RA: -0.1 por 100 (de -0.6 a +5.4) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 2.15 (0.42 - 11.01) RA: +0.7 por 100 (de -0.4 a +6.3) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}		Al brindar paracetamol o AINEs en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de los eventos adversos dermatológicos.

IC: Intervalo de confianza; RR: Riesgo relativo, DM: Diferencia de medias, RA: Riesgo atribuible.

*Efecto relativo de la comparación mixta (directa e indirecta).

DMI por cada 100 pacientes:

Dolor: 1 punto en la escala VAS, Requerimiento de medicación de rescate: 2.1 eventos, Eventos adversos gastrointestinales: 2.3 eventos, Eventos adversos dermatológicos: 2.3 eventos.

Explicaciones de la certeza de evidencia (GRADE para network metaanálisis):

- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza un umbral de DMI
- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por evidencia indirecta, debido a que las estimaciones provienen de pacientes pediátricos con dolor agudo de diferente intensidad.
- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, debido a que entre el 50-70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo (riesgo de sesgo poco claro por ocultamiento de la asignación y cegamiento de personal y participantes, riesgo de sesgo alto por reporte selectivo de resultados).
- Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza dos umbrales de DMI

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Pregunta 5. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar en la primera escalera analgésica para el manejo del dolor?	
Población:	Pacientes menores de 18 años con dolor que requieran de cuidados paliativos.
Intervención:	Paracetamol, AINEs, Paracetamol + AINEs
Comparador:	Placebo
Desenlaces:	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Dolor Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos gastrointestinales Eventos adversos dermatológicos Medicación de rescate
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:					
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
Paracetamol: ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce AINEs: ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ Se desconoce Paracetamol + AINEs: ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Dolor (mediana tiempo seguimiento: 2 h)	Intervención: Paracetamol Efecto relativo* y diferencia (IC 95%) DM: -1.00 (-1.71 a -0.29) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Intervención: AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%) DM: -1.29 (-1.89 a -0.70) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Intervención: Paracetamol + AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%) DM: -1.37 (-2.92 a 0.18) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	El GEG consideró que, la clasificación de los beneficios se basa en la reducción de dolor y requerimiento de medicación de rescate. En niños que requieren cuidados paliativos, paracetamol presenta un beneficio moderado ya que se observó una disminución del dolor en una unidad en la escala de VAS (0-10). AINEs presentan un beneficio grande , con una reducción de dolor y del requerimiento de medicación de rescate. AINEs más paracetamol se clasificó con un beneficio grande , dado que su reducción en el dolor fue importante, aunque no muestra evidencia sobre el requerimiento de medicación de rescate.
En resumen, en <i>pacientes pediátricos con dolor que requieran de cuidados paliativos</i> : <ul style="list-style-type: none"> Al brindar paracetamol o AINEs + paracetamol o AINEs en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor. Al brindar AINEs en lugar de placebo, probablemente causemos una disminución de forma importante en el requerimiento de medicación de rescate. 					
Daños:					
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?					
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales	
Paracetamol: ● Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce AINEs: ○ Trivial ● Pequeño	Desenlaces (tiempo de seguimiento) Eventos adversos gastrointestinales (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	Intervención: Paracetamol Efecto relativo* y diferencia (IC 95%) RR: 0.63 (0.21 – 1.87) RA: -0.8 por 100 (de -1.6 a +1.8)	Intervención: AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%) RR: 1.00 (0.45 – 2.22) RA: 0 por 100 (de -2.7 a +6) ⊕○○○	Intervención: Paracetamol + AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	El GEG consideró que, la clasificación de los daños se basó en la aparición de eventos adversos gastrointestinales y dermatológicos. En niños que reciben cuidados paliativos, el uso de paracetamol se clasificó con un daño trivial , ya que no se observó un aumento en la incidencia de eventos adversos gastrointestinales ni dermatológicos en comparación

- Moderado
- Grande
- Varía
- Se desconoce

Paracetamol + AINES:

- Trivial
- Pequeño
- Moderado
- Grande
- Varía
- Se desconoce

	⊕⊕○○	Certeza muy baja ^{b,d}	
	Certeza baja ^{b,c}		
Eventos adversos dermatológicos	RR: 0.78 (0.06 - 9.52)	RR: 2.15 (0.42 - 11.01)	
(mediana tiempo seguimiento: 48 horas)	RA: -0.1 por 100 (de -0.6 a +5.4)	RA: +0.7 por 100 (de -0.4 a +6.3)	
	⊕⊕○○	⊕⊕○○	
	Certeza baja ^{a,b}	Certeza baja ^{a,b}	

En resumen, en *pacientes pediátricos con dolor que requieran de cuidados paliativos*:

- Al brindar paracetamol, **podría ser que** no modifiquemos de forma importante la aparición de los eventos adversos gastrointestinales y dermatológicos.
- Al brindar AINES, **podría ser que** no modifiquemos de forma importante la aparición de los eventos adversos dermatológicos.

con placebo, aunque la certeza de la evidencia fue baja.

Los **AINES** se clasificaron con un **daño pequeño**, debido a que no existe un efecto importante sobre el aumento de riesgo de eventos dermatológicos y la evidencia es muy incierta sobre la incidencia de eventos adversos gastrointestinales.

La combinación de **paracetamol + AINES** se clasificó como **se desconoce**, ya que, no presenta evidencia sobre el desenlace de eventos adversos gastrointestinales y dermatológicos.

Certeza de la evidencia: ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?			
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales
○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza
	Dolor (mediana tiempo seguimiento: 2 horas)	Crítico	⊕○○○ Certeza baja ^{b,c}
	Requerimiento de medicación de rescate (mediana tiempo seguimiento: 1 hora)	Importante	⊕⊕○○ Certeza moderada ^b
	Eventos adversos gastrointestinales (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	Importante	⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,e}
	Eventos adversos dermatológicos (mediana tiempo seguimiento: 48 horas)	Subrogado	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}
<p>Explicaciones de la certeza de evidencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza un umbral de DMI Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por evidencia indirecta, debido a que las estimaciones provienen de pacientes pediátricos con dolor agudo de diferente intensidad. Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo, debido a que entre el 50-70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo (riesgo de sesgo poco claro por ocultamiento de la asignación y cegamiento de personal y participantes, riesgo de sesgo alto por reporte selectivo de resultados. Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza dos umbrales de DMI 			
Entre el desenlace (dolor), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).			

La certeza más baja del desenlace crítico fue baja.

Desenlaces importantes para los pacientes: ¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<p>Paracetamol:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí <p>AINES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no 	<p>No se contó con evidencia para los desenlaces críticos o importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Calidad de vida ● Satisfacción global con el tratamiento 	<p>Para paracetamol, el juicio es "Probablemente sí", ya que falta evidencia sobre calidad de vida, satisfacción global con el tratamiento y requerimiento de medicación de rescate, aunque se cuenta con información para otros desenlaces importantes. En el caso de AINES, también se considera "Probablemente sí", dado que no</p>

- Probablemente sí
- Sí

Paracetamol + AINEs:

- No
- Probablemente no
- Probablemente sí
- Sí

hay evidencia sobre calidad de vida, satisfacción global con el tratamiento, pero la mayoría de los desenlaces clave están informados. Por otro lado, para **AINEs + paracetamol**, el juicio es "**No**", ya que no se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes o críticos para los pacientes.

Balance de los efectos:

¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?

(Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<p>Paracetamol:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce <p>AINEs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce <p>Paracetamol + AINEs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ● No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Para paracetamol, el balance probablemente favorece a la intervención, dado que presenta beneficios moderados y daños triviales, aunque con certeza baja de la evidencia. ● Para AINEs, el balance probablemente favorece a la intervención, debido a que presenta beneficios grandes y daños pequeños, aunque con certeza baja de la evidencia ● Para AINEs + paracetamol, el balance no favorece a la intervención ni al comparador. Los beneficios son grandes en la reducción del dolor, sin embargo, esta estimación proviene de evidencia indirecta obtenida mediante el metaanálisis en red. Los daños se desconocen debido a la ausencia de evidencia en los estudios incluidos, además la certeza de la evidencia es baja, por lo que existe incertidumbre sobre el perfil de seguridad de esta combinación.

Uso de recursos:

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
--------	-----------	-----------------------------

Paracetamol:

- Costos extensos
- Costos moderados
- **Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños**
- Ahorros moderados
- Ahorros extensos

- Varía
- Se desconoce

AINEs:

- Costos extensos
- Costos moderados
- **Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños**
- Ahorros moderados
- Ahorros extensos
- Varía
- Se desconoce

Paracetamol + AINEs:

- Costos extensos
- Costos moderados
- **Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños**
- Ahorros moderados
- Ahorros extensos
- Varía
- Se desconoce

Fármaco	Consideraciones	Características
Paracetamol	Presentación	Gotas 100mg/ml x 15ml
	Costo unitario	S/. 0.11 por frasco
	Dosis (cantidad de unidades a usar)	5-10mg/kg cada 6 – 8 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 20 mg/kg/día*10kg= 200mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.11 x 2ml x 365)/15ml = S/. 5.30 soles
	Presentación	Jarabe 120mg/5ml x 60ml
	Costo unitario	S/ 0.16
	Dosis (cantidad de unidades a usar)	10mg/kg cada 4 – 6 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 40 mg/kg/día*30kg= 1200mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.16 x 50ml x 365)/60ml = S/. 48.6 soles
AINEs (Ibuprofeno)	Presentación	Tableta 500 mg
	Costo unitario	S/. 0.02
	Dosis (cantidad de unidades a usar)	10-15mg/kg cada 4 – 6 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 60 mg/kg/día*40kg= 2400mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.02 x 5 x 365 = S/. 36.5 soles
	Presentación	Jarabe 100mg/5ml x 60ml
	Costo unitario	S/ . 0.10
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5–10 mg/kg cada 6–8 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	40 mg/kg/día*30kg= 1200mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.10 x 60ml x 365)/60ml = S/. 36.5 soles
AINEs (naproxeno)	Presentación	Tableta 200 mg Tableta 400 mg
	Costo unitario	S/. 0.04
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5–10 mg/kg cada 6–8 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	40 mg/kg/día*40kg= 1600mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.04 x 4 x 365 = S/. 58.4 soles
AINEs (naproxeno)	Presentación	Tableta 275 mg
	Costo unitario	S/. 0.10
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5-7 mg/kg/dosis cada 8-12h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	10-15 mg/kg/día*40kg= 600mg
AINEs (naproxeno)	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.10 x 2 x 365 = S/.73 soles

Fuente: Tarifario de EsSalud y observatorio de productos farmacéuticos

Paracetamol (gotas, jarabé y tableta) tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. 48.6 para la dosis más alta, lo que justifica como **costos pequeños**.

AINEs, como ibuprofeno (jarabe y tableta) tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. 58.4 para la dosis más alta, lo que justifica como **costos pequeños**.

AINEs, como naproxeno tiene un costo máximo de S/. 73 anuales lo que justifica como **costos pequeños**.

Equidad:

Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?

Definiciones

- *Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*
- *Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
Paracetamol: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ○ Probablemente incrementa la equidad ● Incrementa la equidad ○ Varía ○ Se desconoce AINEs: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad 		Paracetamol y AINEs son opciones ampliamente disponibles, es accesible para poblaciones vulnerables y está incluido en los programas de medicamentos esenciales por lo que incrementa la equidad .

- Probablemente no tenga impacto en la equidad
- Probablemente incrementa la equidad
- **Incrementa la equidad**
- Varía
- Se desconoce

Paracetamol + AINEs:

- Reduce la equidad
- Probablemente reduce la equidad
- Probablemente no tenga impacto en la equidad
- Probablemente incrementa la equidad
- **Incrementa la equidad**
- Varía
- Se desconoce

Aceptabilidad:
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<p>Paracetamol:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce <p>AINEs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce <p>Paracetamol + AINEs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ● Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ○ Se desconoce 		<p>El GEG consideró que todos los fármacos probablemente sean aceptables para el personal de salud y los pacientes:</p> <p>El paracetamol y los AINEs son opciones ampliamente utilizadas por el personal de salud. Son aceptados por los médicos, por la amplia experiencia con su uso. Desde la perspectiva del paciente, es generalmente aceptable, debido al perfil de seguridad conocido. Sin embargo, algunos podrían experimentar molestias gastrointestinales y dermatológicas. Por lo que el GEG determinó que probablemente sean aceptables para personal de salud y pacientes.</p>

Factibilidad:
¿La intervención es factible de implementar?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<p>Paracetamol:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce <p>AINEs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ● Sí ○ Varía ○ Se desconoce <p>AINEs + paracetamol:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no 	<p>Disponibilidad y restricciones: Todos los fármacos están disponibles en el petitorio de EsSalud.</p>	<p>El paracetamol y los AINEs están disponibles en el petitorio de EsSalud. Su implementación no representa barreras en términos de disponibilidad o acceso dentro del sistema de salud.</p>

- Probablemente sí
- **Sí**
- Varía
- Se desconoce

Resumen de los juicios:

	JUICIOS		
	PARACETAMOL	AINES	PARACETAMOL + AINES
BENEFICIOS	Moderados	Grandes	Grandes
DAÑOS	Triviales	Pequeños	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Baja	Baja	Baja
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	Probablemente si	Probablemente si	No
BALANCE DE LOS EFECTOS	Probablemente favorece a la intervención	Probablemente favorece a la intervención	Probablemente favorece a la intervención
USO DE RECURSOS	Costos pequeños	Costos pequeños	Costos pequeños
EQUIDAD	Incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Incrementa la equidad
ACEPTABILIDAD	Probablemente Sí	Probablemente Sí	Probablemente Sí
FACTIBILIDAD	Sí	Sí	Sí
RECOMENDACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> Si hay una o más intervenciones que deberían recomendarse como primera línea: AINES o Paracetamol. 		

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En pacientes pediátricos menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, los beneficios de brindar AINEs en lugar de no brindarlo se consideraron grandes (puesto que podrían disminuir el dolor de forma importante) y los daños se consideraron pequeños. Los beneficios de brindar paracetamol en lugar de placebo se consideraron moderados (puesto que podría ser que disminuya de forma importante el dolor) y los daños se consideraron triviales (puesto que podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de eventos adversos gastrointestinales y dermatológicos). Tanto AINEs como paracetamol, son medicamentos de bajo costo, de uso frecuente y ampliamente disponibles en el contexto EsSalud.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de AINEs o paracetamol.</p> <p>Fuerza:</p> <p>Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<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>Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>

El GEG consideró relevante emitir las siguientes **consideraciones**:

Justificación	Consideración
<p>El GEG resalta la importancia de considerar las recomendaciones diferenciadas por edad en el uso de analgésicos para niños en cuidados paliativos, debido a diferencias en el metabolismo y la mayor vulnerabilidad de los lactantes menores de 3 meses a eventos adversos. En este grupo, el paracetamol es la opción más segura por su perfil farmacocinético más predecible y menor riesgo frente a los AINEs. En mayores de 3 meses, ambos fármacos son eficaces para el dolor leve a moderado, y puede usarse cualquiera, siempre respetando las dosis según edad y peso. Se recomienda la vía oral por ser segura y práctica, aunque pueden considerarse otras vías según el contexto, que incluye el juicio clínico, la disponibilidad del medicamento y las preferencias del paciente. La individualización del tratamiento es esencial, especialmente en el contexto de cuidados</p>	<p>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</p>

Justificación	Consideración
<p>paliativos, donde la seguridad, el confort y la calidad de vida son prioritarios.</p> <p>Estas consideraciones son consistentes con guías internacionales, como la de la OMS (WHO Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses) (7), que sugieren un enfoque escalonado, basado en la edad y la seguridad del perfil del fármaco.</p>	<p>medicamentos en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 2.</p>
<p>El GEG consideró fundamental establecer una frecuencia mínima para la reevaluación del dolor en niños con necesidades paliativas, dado que el dolor es una experiencia dinámica que puede variar en intensidad en cortos periodos de tiempo. Por lo que se debe considerar, reevaluar cada 4 a 6 horas para ajustar oportunamente el tratamiento analgésico. En casos de dolor intenso o evolución clínica inestable, pueden ser necesarios intervalos más cortos. Además, la reevaluación se debe realizar mediante instrumentos validados y apropiados según la edad y desarrollo del niño. Esta recomendación es coherente con guías internacionales como las de la OMS (12), que destacan la importancia de la reevaluación periódica del dolor y el uso de instrumentos de acuerdo a la edad del paciente pediátrico.</p>	<p>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.</p>

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 gastrointestinales 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: úlceras, 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 epidérmica 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 Bernadé, Mercedes et al. (2024). Manual de cuidados paliativos pediátricos: unidad de cuidados paliativos pediátricos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo: Bibliomédica (6)

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?

Introducción

El dolor en pacientes pediátricos con enfermedades que amenazan o limitan la vida es una de las experiencias más angustiantes tanto para el niño como para su familia (44). En el contexto de cuidados paliativos pediátricos, el adecuado control del dolor no solo es un derecho fundamental, sino también una prioridad clínica y ética(45). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento del dolor en general debe seguir una estrategia escalonada, que incluye el uso progresivo de analgésicos no opioides, opioides débiles y opioides potentes, dependiendo de la intensidad del dolor y la respuesta al tratamiento previo (7).

En este enfoque, los opioides desempeñan un rol clave para el alivio del dolor moderado a intenso (38,46), sin embargo, su uso en menores de 18 años plantea desafíos como la falta de estudios clínicos robustos en esta población, el riesgo de efectos adversos como depresión respiratoria y dependencia, así como barreras regulatorias y culturales.

En este contexto, evaluar si se deberían brindar opioides a niños y adolescentes en cuidados paliativos con dolor persistente moderado a intenso resulta importante para garantizar una atención segura, efectiva y centrada en el paciente.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
6	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso tras medicación de primer escalón.	<p>Comparaciones entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Opioides potentes (Morfina, Oxycodona) Opioides potentes + analgésicos del primer escalón. Placebo y/o analgésicos del primer escalón. 	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida Alivio de los síntomas <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Medicación de rescate Satisfacción global con el tratamiento

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces priorizados por el GEG.

Se encontró 3 RS publicadas como artículos científicos: Cooper 2017 (47), Wiffen 2017 (48), Olejnik 2025 (49). No obstante, dos de ellas (Cooper y Wiffen) no reportaron resultados al no

encontrar ECA en su búsqueda. En consecuencia, solo se utilizó la RS de Olejnik 2025. A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Tipo de síntesis cuantitativa	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Olejnik 2025	Metaanálisis en red	10/10	Octubre 2023	<ul style="list-style-type: none"> ● Cambio de dolor (9 ECA) ● Requerimiento de medicación de rescate (4 ECA) ● Eventos adversos gastrointestinales (9 ECA) ● Eventos adversos neurológicos (10 ECA) ● Eventos adversos dermatológicos (6 ECA)
Cooper 2017	Síntesis narrativa	6/6	Setiembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> ● No se encontró ECA.
Wiffen 2017	Síntesis narrativa	6/6	Setiembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> ● No se encontró ECA.

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Cambio de dolor:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Olejnik 2025.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025** (14), debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 10 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población** fueron niños (<18 años) que acudieron al servicio de urgencias, a centros de atención de urgencias o a consultas médicas ambulatorias con dolor agudo (<4 semanas).
 - **El escenario clínico** fue ambulatorio.
 - **La intervención** consistió en la terapia con opioides potentes (morfina, oxicodona) u opioides potentes + AINEs/paracetamol.
 - **El comparador** fue placebo.
 - **El desenlace** de cambio de dolor fue definido como el alivio del dolor medido al cabo de 1 hora o cerca de ese tiempo.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- Requerimiento de medicación de rescate:
 - Para este desenlace se contó con una RS: Olejnik 2025.

- Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025** (14), debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
- Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 3 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de cambio de dolor.
 - **El desenlace** de medicación de rescate se definió como cualquier fármaco adicional administrado tras la intervención principal (ibuprofeno, ketorolaco), debido a persistencia del dolor.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- **Eventos adversos gastrointestinales:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Olejnik 2025.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025** (14), debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 8 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de cambio de dolor.
 - **El desenlace** de eventos adversos gastrointestinales se definió como la ocurrencia de dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.
- **Eventos adversos dermatológicos:**
 - Para este desenlace se contó con una RS: Olejnik 2025.
 - Se decidió tomar como referencia la RS de **Olejnik 2025** (14), debido a que realizó metaanálisis en red y proporcionó los datos necesarios para los análisis (fármacos versus placebo).
 - Para este desenlace, la RS de Olejnik 2025 realizó un MA en red de 5 ECA. Estos tuvieron las siguientes características:
 - **La población, el escenario clínico, la intervención y el comparador** fueron descritos previamente en el desenlace de cambio de dolor.
 - **El desenlace** de eventos adversos dermatológicos se definió como la ocurrencia de rash, prurito, urticaria, entre otros.
 - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Olejnik 2025, ya que la evidencia es reciente.

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings* - SoF):

Pacientes o población: pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos.
Intervención: monoterapia con opioides potentes, opioides potentes + paracetamol, opioides potentes + AINEs
Comparador: placebo
Autor: Daniel Fernández Guzmán
Bibliografía:

- **Cambio de dolor:** RS Olejnik 2025 (14).
- **Requerimiento de medicación de rescate:** RS Olejnik 2025 (14).
- **Eventos adversos:** RS Olejnik 2025 (14).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Intervención: opioides potentes Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: opioides potentes + AINEs Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: opioides potentes + paracetamol Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Interpretación
Dolor (mediana tiempo seguimiento: 2 horas)	Crítico	DM: -1.19 (-1.83 a -0.55) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.02 (-2.09 a +0.05) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.41 (-3.11 a +0.28) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINEs o paracetamol en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor.
Requerimiento de medicación de rescate (mediana tiempo seguimiento: 1 hora)	Importante	RR: 0.52 (0.21 a 1.27) RA: -11.5 por 100 (-19.0 a +6.5) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}	RR: 0.30 (0.04 a 2.07) RA: -16.8 por 100 (-23.0 a +25.7) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}		La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar opioides potentes u opioides potentes + AINEs en lugar de placebo, con respecto al requerimiento de medicación de rescate.
Eventos adversos gastrointestinales (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	Importante	RR: 2.18 (0.78 a 6.11) RA: +8.4 por 100 (-1.6 a +36.2) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 2.34 (0.62 a 8.87) RA: +9.5 por 100 (-2.7 a +55.9) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}		Al brindar solo opioides potentes en lugar de placebo, podría ser que incrementemos de forma importante los eventos adversos gastrointestinales. La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar opioides potentes + AINEs en lugar de placebo, con respecto a los eventos adversos gastrointestinales.
Eventos adversos neurológicos (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	Importante	RR: 2.70 (0.45 a 16.27) RA: +1.1 por 100 (-0.3 a +9.6) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 2.31 (0.31 a 17.41) RA: +0.8 por 100 (-0.4 a +9.8) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 0.39 (0.01 a 11.60) RA: +0.4 por 100 (-0.6 a +6.4) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}	Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINEs o paracetamol en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de eventos adversos neurológicos.
Eventos adversos dermatológicos (mediana tiempo seguimiento: 48 horas)	Importante	RR: 2.07 (0.41 a 10.58) RA: +0.7 por 100 (-0.4 a +6.0) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 4.59 (0.50 a 41.95) RA: +2.2 por 100 (-0.3 a +24.6) ⊕○○○ Certeza baja ^{a,b}		Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINEs en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de eventos adversos dermatológicos.

IC: Intervalo de confianza; RR: Riesgo relativo, DM: Diferencia de medias, RA: Riesgo atribuible.

*Efecto relativo de la comparación mixta (directa e indirecta).

Riesgos basales para desenlaces dicotómicos: Requerimiento de medicación de rescate: 22%, Eventos adversos gastrointestinales: 7.1%. Eventos adversos dermatológicos: 0.6%; Eventos adversos neurológicos: 0.6%.

DMI por cada 100 pacientes:

Dolor: 1 punto en la escala VAS, **Requerimiento de medicación de rescate:** 2.1 eventos, **Eventos adversos gastrointestinales:** 2.3 eventos, **Eventos adversos neurológicos:** 2.3 eventos, **Eventos adversos dermatológicos:** 2.3 eventos.

Explicaciones de la certeza de evidencia (GRADE para network metaanálisis):

- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza un umbral de DMI.
- Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por evidencia indirecta, debido a que las estimaciones provienen de pacientes pediátricos con dolor agudo de diferente intensidad.
- Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión, debido a que el intervalo de confianza de la reducción absoluta cruza dos umbrales de DMI.

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

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?	
Población:	Pacientes menores de 18 años que requieren de cuidados paliativos con dolor moderado a intenso
Intervención:	Opioides, Opioides + AINES, Opioides + paracetamol
Comparador:	Placebo
Desenlaces:	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Calidad de vida • Alivio de los síntomas Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Medicación de rescate • Satisfacción global con el tratamiento
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:				
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<u>Opioides:</u> ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Intervención: opioides potentes Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: opioides potentes + AINES Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Intervención: opioides potentes + paracetamol Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)
<u>Opioides + AINES:</u> ○ Trivial ● Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Dolor (mediana tiempo seguimiento: 2 horas)	DM: -1.19 (-1.83 a -0.55) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.02 (-2.09 a +0.05) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	DM: -1.41 (-3.11 a +0.28) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}
<u>Opioides + Paracetamol:</u> ○ Trivial ○ Pequeño ● Moderado ○ Grande ○ Varía ○ Se desconoce	Requerimiento de medicación de rescate (mediana tiempo seguimiento: 1 hora)	RR: 0.52 (0.21 a 1.27) RA: -11.5 por 100 (-19.0 a +6.5) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}	RR: 0.30 (0.04 a 2.07) RA: -16.8 por 100 (-23.0 a +25.7) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}	
<p>En resumen, en <i>pacientes pediátricos con dolor moderado a intenso que requieran de cuidados paliativos</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINES o paracetamol en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos de forma importante el dolor. • La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar opioides potentes u opioides potentes + AINES en lugar de placebo, con respecto al requerimiento de medicación de rescate. 				
Daños:				
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?				
Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales

Opioides:

- Trivial
- **Pequeño**
- Moderado
- Grande
- Varía
- Se desconoce

Opioides + AINES:

- Trivial
- **Pequeño**
- Moderado
- Grande
- Varía
- Se desconoce

Opioides + Paracetamol:

- Trivial
- **Pequeño**
- Moderado
- Grande
- Varía
- Se desconoce

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Intervención: opioides potentes	Intervención: opioides potentes + AINES	Intervención: opioides potentes + paracetamol
	Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)	Efecto relativo* y diferencia (IC 95%)
Eventos adversos gastrointestinales (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	RR: 2.18 (0.78 a 6.11) RA: +8.4 por 100 (-1.6 a +36.2) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 2.34 (0.62 a 8.87) RA: +9.5 por 100 (-2.7 a +55.9) ⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}	
Eventos adversos neurológicos (mediana tiempo seguimiento: 3 horas)	RR: 2.70 (0.45 a 16.27) RA: +1.1 por 100 (-0.3 a +9.6) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 2.31 (0.31 a 17.41) RA: +0.8 por 100 (-0.4 a +9.8) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 0.39 (0.01 a 11.60) RA: +0.4 por 100 (-0.6 a +6.4) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}
Eventos adversos dermatológicos (mediana tiempo seguimiento: 48 horas)	RR: 2.07 (0.41 a 10.58) RA: +0.7 por 100 (-0.4 a +6.0) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	RR: 4.59 (0.50 a 41.95) RA: +2.2 por 100 (-0.3 a +24.6) ⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	

En resumen, en *pacientes pediátricos con dolor moderado a intenso que requieran de cuidados paliativos*:

- Al brindar solo opioides potentes en lugar de placebo, podría ser que incrementemos de forma importante los eventos adversos gastrointestinales.
- La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar opioides potentes + AINES en lugar de placebo, con respecto a los eventos adversos gastrointestinales.
- Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINES o paracetamol en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de eventos adversos neurológicos.
- Al brindar opioides potentes solos o juntos a AINES o paracetamol en lugar de placebo, podría ser que no modifiquemos de forma importante la incidencia de eventos adversos dermatológicos.

El GEG consideró que, la clasificación de los daños se basó en la aparición de eventos adversos gastrointestinales, neurológicos y dermatológicos.

En niños que reciben cuidados paliativos, el uso de **opioides** se clasificó con un **daño pequeño**, ya que se observó un aumento importante en la incidencia de eventos adversos gastrointestinales. Asimismo, el GEG consideró que el efecto de daños (eventos adversos gastrointestinales, neurológicos o dermatológicos) con la combinación con paracetamol o **AINES** eran también pequeños.

Certeza de la evidencia:

¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy baja ● Baja ○ Moderada ○ Alta ○ Ningún estudio incluido 	<table> <tr> <th>Desenlaces</th><th>Importancia</th><th>Certeza</th></tr> <tr> <td>Intensidad del dolor</td><td>Crítico</td><td>⊕⊕○○ Certeza baja^{a,b}</td></tr> <tr> <td>Requerimiento de medicación de rescate</td><td>Importante</td><td>⊕○○○ Certeza muy baja^{b,c}</td></tr> <tr> <td>Eventos adversos gastrointestinales</td><td>Importante</td><td>⊕⊕○○ Certeza baja^{a,b}</td></tr> <tr> <td>Eventos adversos neurológicos</td><td>Importante</td><td>⊕⊕○○ Certeza baja^{a,b}</td></tr> <tr> <td>Eventos adversos dermatológicos</td><td>Importante</td><td>⊕⊕○○ Certeza baja^{a,b}</td></tr> </table> <p>Entre los desenlaces críticos (dolor), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>	Desenlaces	Importancia	Certeza	Intensidad del dolor	Crítico	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Requerimiento de medicación de rescate	Importante	⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}	Eventos adversos gastrointestinales	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Eventos adversos neurológicos	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	Eventos adversos dermatológicos	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}	La certeza más baja del desenlace crítico fue baja.
Desenlaces	Importancia	Certeza																		
Intensidad del dolor	Crítico	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}																		
Requerimiento de medicación de rescate	Importante	⊕○○○ Certeza muy baja ^{b,c}																		
Eventos adversos gastrointestinales	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}																		
Eventos adversos neurológicos	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}																		
Eventos adversos dermatológicos	Importante	⊕⊕○○ Certeza baja ^{a,b}																		

Desenlaces importantes para los pacientes:

¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> o No o Probablemente no ● Probablemente sí o Sí 	No se contó con evidencia para los desenlaces críticos o importantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Calidad de vida ● Satisfacción global con el tratamiento 	Para todas las intervenciones , el GEG consideró que probablemente sí contemos con los desenlaces importantes para tomar una decisión. Además, el GEG consideró que la mejoría de la calidad de vida y la satisfacción global con el tratamiento se correlacionaría con el control de dolor, por lo que el juicio general fue que si se contó probablemente con los desenlaces importantes.

Balance de los efectos: ¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)		
---	--	--

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<u>Opioides:</u> <ul style="list-style-type: none"> o Favorece al comparador o Probablemente favorece al comparador o No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención o Favorece a la intervención o Varía o Se desconoce <u>Opioides + AINEs:</u> <ul style="list-style-type: none"> o Favorece al comparador o Probablemente favorece al comparador ● No favorece a la intervención ni al comparador o Probablemente favorece a la intervención o Favorece a la intervención o Varía o Se desconoce <u>Opioides + Paracetamol:</u> <ul style="list-style-type: none"> o Favorece al comparador o Probablemente favorece al comparador o No favorece a la intervención ni al comparador ● Probablemente favorece a la intervención o Favorece a la intervención o Varía o Se desconoce 		Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Para opioides, el balance probablemente favorece a la intervención, ya que presenta beneficios moderados con daños pequeños y una certeza baja. ● Para opioides + AINEs, el balance probablemente no favorece a la intervención ni al comparador, debido a que presenta beneficios pequeños con daños pequeños y una certeza baja. ● Para opioides + paracetamol, el balance probablemente favorece a la intervención, dado que tiene beneficios moderados y daños pequeños, y la certeza baja de la evidencia.

Uso de recursos: ¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales

Opioides, opioides + AINES
u opioides + paracetamol:

- o Costos extensos
- o Costos moderados
- **Las intervenciones tienen costos pequeños**
- o Ahorros moderados
- o Ahorros extensos
- o Varía
- o Se desconoce

Fármaco	Consideraciones	Características
Opioides (Morfina)	Presentación	MORFINA CLORHIDRATO 1mg/ml Jarabe 20 ml (Preparado magistral)
	Costo unitario	S/. 5.58
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	VO: 0.2 – 0.5 mg/kg, Dosis estándar 0.3 mg/kg
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	Dosis máxima: 5-15 mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por mes	S/. (5.58 x 3 ml x 30) / 20 ml = S/. 25.46 soles
	Presentación	MORFINA CLORHIDRATO 20mg/mL Inyectable
	Costo unitario	S/ 3.00 a S/ 5.00
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	Dosis inicial mínima en bolos: 0.05–0.1 mg/kg cada 4 horas o según necesidad. Infusión continua (SC/IV) Inicio: 0.025–0.05 mg/kg/h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	Dosis inicial máxima en bolos: Hasta 0.2 mg/kg cada 4 horas (bajo monitoreo estricto). Infusión continua (SC/IV): Máxima tolerada (habitual): hasta 0.1–0.15 mg/kg/h
AINES (Ibuprofeno)	Duración del esquema (crónico)	A necesidad (1 mes)
	Costo total del tratamiento por persona por mes	Dosis inicial S/. (4.00 x 0.2mg x 12kg x 6 dosis)/20mg = S/. 2.88 soles Infusión continua S/. (4.00 x 0.1mg x 12kg x 24h x 30)/20mg = S/. 172.8 soles Total: S/ 175
	Presentación	Jarabe 100mg/5ml x 60ml
	Costo unitario	S/. 0.10
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5–10 mg/kg cada 6–8 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	40 mg/kg/día*30kg= 1200mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.10 x 60ml x 365)/60ml = S/. 36.5 soles
	Presentación	Tableta 200 mg Tableta 400 mg
	Costo unitario	S/. 0.04
AINES (naproxeno)	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5–10 mg/kg cada 6–8 h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	40 mg/kg/día*40kg= 1600mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.04 x 4 x 365 = S/. 58.4 soles
	Presentación	Tableta 275 mg
	Costo unitario	S/. 0.10
	Dosis mínima (cantidad de unidades a usar)	5-7 mg/kg/dosis cada 8-12h
	Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	10-15 mg/kg/día*40kg= 600mg
	Duración del esquema (crónico)	Anual
	Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.10 x 2 x 365 = S/.73 soles
Paracetamol	Presentación	Gotas 100mg/ml x 15ml

Morfina (jarabe): tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. para la dosis más alta, lo que justifica como costos pequeños.

Morfina (inyectable): tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. 583.2 para la dosis más alta, lo que justifica como costos pequeños.

Paracetamol (gotas, jarabe y tableta) tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. 48.6 para la dosis más alta, lo que justifica como **costos pequeños**.

AINES, como ibuprofeno (jarabe y tableta) tiene un costo anual bajo, con un máximo de S/. 58.4 para la dosis más alta, lo que justifica como **costos pequeños**.

AINES, como naproxeno tiene un costo máximo de S/. 73 anuales lo que justifica como **costos pequeños**.

Con lo presentado previamente, el GEG consideró que no habría diferencias en costos entre opioides y opioides + AINES o paracetamol.

Costo unitario	S/. 0.11 por frasco
Dosis (cantidad de unidades a usar)	5-10mg/kg cada 6 – 8 h
Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 20 mg/kg/día*10kg= 200mg
Duración del esquema (crónico)	Anual
Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.11 x 2ml x 365)/15ml = S/. 5.30 soles
Presentación	Jarabe 120mg/5ml x 60ml
Costo unitario	S/ 0.16
Dosis (cantidad de unidades a usar)	10mg/kg cada 4 – 6 h
Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 40 mg/kg/día*30kg= 1200mg
Duración del esquema (crónico)	Anual
Costo total del tratamiento por persona por año	S/. (0.16 x 50ml x 365)/60ml = S/. 48.6 soles
Presentación	Tableta 500 mg
Costo unitario	S/. 0.02
Dosis (cantidad de unidades a usar)	10-15mg/kg cada 4 – 6 h
Dosis máxima (cantidad de unidades a usar)	4 dosis al día 60 mg/kg/día*40kg= 2400mg
Duración del esquema (crónico)	Anual
Costo total del tratamiento por persona por año	S/. 0.02 x 5 x 365 = S/. 36.5 soles

Fuente: Tarifario de EsSalud y observatorio de productos farmacéuticos

Equidad:

Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?

Definiciones

- *Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*
- *Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)*

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Reduce la equidad <input type="radio"/> Probablemente reduce la equidad <input checked="" type="radio"/> Probablemente no tenga impacto en la equidad <input type="radio"/> Probablemente incrementa la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que las intervenciones probablemente no tengan un impacto sobre la equidad, dado que son opciones ampliamente disponibles, es accesible para poblaciones vulnerables y está incluido en los programas de medicamentos esenciales.

Aceptabilidad:

¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que todos los fármacos serían aceptables por parte del personal de salud y los pacientes.

Factibilidad:

¿La intervención es factible de implementar?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	Disponibilidad y restricciones: Todos los fármacos están disponibles en el petitorio de EsSalud. El uso de morfina, fentanilo y oxicodona está restringido a la indicación de un especialista, y tienen aprobación para uso en niños.	El paracetamol y los AINES están disponibles en el petitorio de EsSalud. Su implementación no representa barreras en términos de disponibilidad o acceso dentro del sistema de salud. Con respecto a los opioides, solo morfina, fentanilo y oxicodona,

cuentan con aprobación para uso en niños.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS		
	OPIOIDES	OPIOIDES + AINEs	OPIOIDES + PARACETAMOL
BENEFICIOS	Moderado	Pequeño	Moderado
DAÑOS	Pequeño	Pequeño	Pequeño
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Baja	Baja	Baja
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	Probablemente sí	Probablemente sí	Probablemente sí
BALANCE DE LOS EFECTOS	Probablemente favorece a la intervención	Probablemente no favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención
USO DE RECURSOS	Costos pequeños	Costos pequeños	Costos pequeños
EQUIDAD	Probablemente no tenga un impacto en la equidad	Probablemente no tenga un impacto en la equidad	Probablemente no tenga un impacto en la equidad
ACEPTABILIDAD	Probablemente sí	Probablemente sí	Probablemente sí
FACTIBILIDAD	Probablemente sí	Probablemente sí	Probablemente sí
RECOMENDACIÓN FINAL	<ul style="list-style-type: none"> Si hay una o más intervenciones que deberían recomendarse como primera línea: opioides u opioides + paracetamol Si hay una o más que deberían recomendarse como segunda línea: opioides + AINEs. 		

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En pacientes pediátricos menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presenten dolor moderado a intenso, los beneficios de brindar opioides, u opioides + paracetamol en lugar de placebo, se consideraron moderados (puesto que podría ser que disminuya de forma importante el dolor) y los daños se consideraron pequeños (puesto la evidencia es incierta sobre el aumento de la aparición de eventos gastrointestinales, y podría ser que no modifiquemos de forma importante la aparición de eventos adversos neurológicos o dermatológicos).</p> <p>Respecto al uso de AINEs como parte de una combinación analgésica, el balance entre beneficios y daños no favoreció claramente a la intervención ni al comparador. No obstante, su uso extendido en la práctica clínica y su perfil de seguridad conocido permitieron considerarlos como una opción adicional, siempre que su empleo sea evaluado cuidadosamente según las características del paciente.</p> <p>En conjunto, el balance de efectos favoreció el uso de opioides potentes como intervención de primera elección, administrados solos o en combinación con paracetamol, pudiendo considerar la combinación con AINEs como una alternativa más, siempre dentro de una valoración clínica individual.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de opioides, opioides + paracetamol u opioides + AINEs.</p> <p>Fuerza:</p> <p>Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<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 oxycodona.</p> <p>Recomendación condicional a favor</p> <p>Certeza de la evidencia: baja</p> <p>⊕⊕○○</p>

Puntos de buena práctica clínica (BPC)

BPC 1

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.

Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. La Organización Mundial de la Salud 2020 (1) recomienda la morfina como el opioide de primera elección en niños con dolor moderado a intenso en cuidados paliativos. La Guía Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (50) y la Guía NICE (51) también la señalan como el fármaco estándar por su eficacia, disponibilidad y perfil de seguridad conocido en población pediátrica.
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Correcto. No hay ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia y seguridad de la morfina en niños que requieren cuidados paliativos. Este enunciado se basa en evidencia indirecta (contexto de dolor agudo) y amplio consenso internacional. La evidencia muestra eficacia sostenida de la morfina y ausencia de alternativas con mejor perfil riesgo/beneficio.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población está definida como menores de 18 años con dolor persistente moderado a intenso que requieren cuidados paliativos. La acción es clara utilizar morfina como opioide de primera elección, administrada sola o en combinación con analgésicos no opioides (paracetamol o AINE según tolerancia y contexto clínico). Asimismo, el enunciado establece una acción alternativa clara en caso de respuesta insuficiente o efectos adversos intolerables, para la rotación a otro opioide o cambio de vía de administración.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. La morfina es eficaz para el manejo del dolor, puede mejorar la calidad de vida y reduce el sufrimiento en pacientes y familias. Los posibles efectos adversos (sedación, estreñimiento, náuseas) son conocidos, prevenibles y manejables con protocolos de titulación y monitoreo adecuados. Asimismo, la rotación de opioides ofrece flexibilidad para adaptar el tratamiento a las características individuales de cada paciente. Por lo que, el beneficio supera con claridad estos efectos adversos.
Uso de recursos	La morfina es un medicamento esencial de bajo costo incluido en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) y el Petitorio Farmacológico EsSalud, en Perú. Asimismo, la rotación de opioides implica disponer de más de un opioide en los servicios de salud, con lo que se cuenta en la práctica clínica habitual en EsSalud. Su uso está indicado en casos específicos, por lo que resulta costo-efectivo.
Factibilidad	Alta. La morfina está disponible en la mayoría de los hospitales y centros de cuidados paliativos de EsSalud. Existe experiencia en su uso, protocolos de equivalencia entre opioides que guían la rotación y ajustan las dosis según el fármaco y la vía de administración, lo que facilita su implementación.
Conclusión	Esta BPC establece la morfina como el opioide de primera elección y que, en caso de respuesta insuficiente, tolerancia o aparición de efectos adversos intolerables, debe considerarse la rotación de opioides o el cambio de vía de administración. Esto se sustenta en estándares internacionales, evidencia indirecta y consenso experto. Su eficacia comprobada, bajo costo, accesibilidad y factibilidad de uso aseguran un adecuado balance beneficio-riesgo, priorizando el alivio del sufrimiento en pacientes pediátricos.

El GEG consideró relevante emitir las siguientes **consideraciones** junto con a la anterior **BPC**:

Justificación	Consideración
El GEG resalta la importancia de realizar una adecuada rotación de opioides, con base en principios de equivalencias de potencia de cada uno de los opioides disponibles y de la farmacocinética ajustada a la vía de administración, a fin de optimizar el control del dolor y minimizar el riesgo de efectos adversos (38). Por otro lado, la reducción del 25–50% en casos de efectos adversos intolerables busca prevenir fenómenos de toxicidad cruzada derivados de la variabilidad en la tolerancia individual y en la sensibilidad a los distintos opioides. Por el contrario, cuando la rotación se realiza por falta de eficacia o respuesta insuficiente, mantener la dosis equivalente permite alcanzar niveles adecuados de control del dolor (7,38).	<ol style="list-style-type: none"> 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 2

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.

Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. Las guías de la WHO 2012 (12), sobre manejo del dolor en pediatría, y la guía de práctica clínica española de cuidados paliativos en pediatría (50), desaconsejan el uso de codeína y tramadol en menores de 18 años debido a la variabilidad genética en el metabolismo (CYP2D6 ultrarrápido) que puede causar depresión respiratoria grave e incluso muerte.
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Correcto. Existen reportes observacionales que documentan eventos adversos graves con codeína y tramadol en niños (52,53). Actualmente, no existen ensayos clínicos controlados de eficacia y seguridad con tramadol para el dolor crónico en la población pediátrica. Se encuentra en desarrollo un estudio que investiga su uso en dolor neuropático crónico o mixto en este grupo etario (54); sus resultados, junto con futuras investigaciones, podrían contribuir a una evaluación más sólida del balance riesgo–beneficio del tramadol para una futura actualización de la presente guía. Por el momento, el enunciado se sustenta en evidencia indirecta, principios farmacogenéticos y consenso de expertos internacionales.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población está claramente definida (menores de 18 años en cuidados paliativos con dolor moderado a intenso). La acción recomendada es no usar opioides menores, lo que implica seleccionar alternativas seguras como morfina u otros opioides indicados según peso, edad y estado clínico.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. Evitar codeína o tramadol reduce el riesgo de depresión respiratoria, eventos adversos graves y mortalidad (55,56), sin comprometer el control adecuado del dolor, siempre que se utilicen opioides adecuados.
Uso de recursos	El GEG consideró que la intervención optimiza recursos al prevenir hospitalizaciones o complicaciones graves asociadas con el uso de opioides menores en pediatría.

BPC 2

Factibilidad	Alta. Los opioides de elección en pediatría (p. ej., morfina, oxicodona) están disponibles en la mayoría de centros de salud con cuidados paliativos, y el manejo puede implementarse siguiendo protocolos estandarizados de dosificación y monitoreo.
Conclusión	Esta BPC proporciona una guía clara para un manejo seguro del dolor moderado a intenso en pediatría bajo cuidados paliativos, priorizando la seguridad del paciente, con evidencia indirecta y consenso internacional. Evita daños graves, es factible y está alineada con estándares internacionales.

BPC 3

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.

Criterios para la formulación de la BPC

Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. Las guías de la WHO 2020 (1), sobre manejo del dolor en pediatría, y la guía de práctica clínica española de cuidados paliativos en pediatría (50), concuerdan en que en el contexto de cuidados paliativos pediátricos, los medicamentos deben administrarse por la vía más simple, más eficaz y menos dolorosa, lo cual hace que la vía oral sea la más cómoda y barata. Por lo que, la elección de vías de administración alternativas cuando no se pueda utilizar la vía oral debe basarse en el juicio clínico, la disponibilidad y las preferencias del paciente.
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Correcto. No hay ECA que comparen todas las vías de administración en niños que requieren cuidados paliativos. El enunciado se basa en evidencia indirecta y consenso de expertos internacionales.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población está claramente definida como menores de 18 años que requieren cuidados paliativos. El enunciado es accionable, se menciona preferir la administración oral/enteral cuando el paciente la tolera; si no es posible, la elección de vías de administración alternativas debe basarse en el juicio clínico, la disponibilidad, la viabilidad y las preferencias del paciente.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. La vía oral no es invasiva, es cómoda para el paciente y familia, facilita la adherencia y permite formulaciones orales (líquidos, soluciones) con buena absorción. La vía SC (sea en infusión continua o en bolos intermitentes administrados a través de un catéter permanente) se utiliza mucho y podría ser una alternativa valiosa. Las inyecciones IM deben evitarse porque causan más dolor y existen otras alternativas.
Uso de recursos	La vía oral optimiza recursos en la atención ambulatoria. El uso de bombas de infusión subcutáneas requiere recursos, pero es estándar en programas de cuidados paliativos domiciliarios. La vía IV puede aumentar costos y requerir personal entrenado.
Factibilidad	Media. La morfina oral se encuentra incluida en el Petitorio Farmacológico de EsSalud; sin embargo, su disponibilidad depende de la elaboración mediante preparado magistral, lo que puede limitar su acceso oportuno. En contraste, la oxicodona cuenta con presentación oral disponible en el contexto EsSalud, con indicación para condiciones oncológicas.

BPC 3

Conclusión	Esta BPC, establece la vía oral/enteral como primera opción para la administración de opioides en niños en cuidados paliativos, y cuando ésta no sea posible, utilizar la vía subcutánea como primera alternativa práctica (o la intravenosa cuando haya indicación clínica clara o acceso vascular adecuado). Desaconsejar el uso de la vía intramuscular por mala tolerancia, dolor y absorción variable.
------------	---

BPC 4

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.

Criterios para la formulación de la BPC

Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. Las guías CDC 2022 (57), VA/DoD 2021 (58) y MD Anderson 2025 (59) recomiendan iniciar opioides a la dosis más baja posible y ajustar progresivamente según la respuesta del paciente y la aparición de efectos adversos, aún en adultos.
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Sí. La evidencia se basa en estudios observacionales y consenso de expertos, dado que los ensayos aleatorizados en este contexto serían poco éticos. La práctica está respaldada por evidencia indirecta y experiencia clínica acumulada.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población incluye pacientes pediátricos con dolor moderado a intenso y la acción es ajustar individualmente la dosis de opioides y monitorizar efectos adversos, permitiendo intervenciones precisas.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. La titulación individualizada y la monitorización regular permiten un control adecuado del dolor y reducen el riesgo de efectos adversos graves, sobredosis y dependencia, maximizando la seguridad del paciente (57).
Uso de recursos	El GEG considera que la intervención optimiza recursos al prevenir hospitalizaciones, complicaciones por sobredosis y manejo ineficiente del dolor.
Factibilidad	Alta. La titulación progresiva y monitorización son prácticas factibles en la mayoría de los centros de salud con cuidados paliativos y se integran a protocolos clínicos existentes.
Conclusión	Esta BPC asegura un manejo seguro y efectivo de los opioides, equilibrando alivio del dolor y minimización de riesgos, respaldada por guías internacionales y consenso de expertos.

El GEG consideró relevante emitir la siguiente **consideración** junto con a la anterior **BPC**:

Justificación	Consideraciones
El GEG resalta la importancia de considerar los fármacos disponibles y las indicaciones de uso de los opioides para niños en cuidados paliativos.	1. Las características de estos medicamentos para niños vírgenes de opioides en el contexto de EsSalud se detallan en la Tabla 3 y 4.
Asimismo, se enfatiza la necesidad de una vigilancia activa ante la posible aparición de síntomas de abstinencia durante la reducción o	2. En caso de retiro de opioides, la dosis debe disminuirse de forma gradual para

Justificación	Consideraciones
suspensión del tratamiento opioide. Dichos síntomas pueden incluir ansiedad, agitación, disforia, náuseas, vómitos, dolor muscular, lagrimeo, midriasis, sudoración, diarrea, fiebre e insomnio (60). Para confirmar el diagnóstico de síndrome de abstinencia, se recomienda el uso de la escala Sophia Observation Withdrawal Symptoms Scale (SOS) durante al menos 72 horas después de la suspensión, cuyo puntaje ≥ 4 indica la presencia de abstinencia (61).	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.

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 consciencia 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.			
Oxycodona 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, alucinaciones, 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.

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
Oxycodona	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>

BPC 5

El tratamiento de mantenimiento con opioides debe pautarse en forma reglada, a intervalos regulares para asegurar analgesia de base, con periodos interdosos 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.

Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. La GPC de la OMS 2012 (7), y la guía MD Anderson 2025 (59), recomiendan el uso de opioides en intervalos regulares para analgesia de base, complementados con dosis de rescate (10–20% de la dosis total diaria) en caso de dolor irruptivo, administradas por la misma vía.
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Sí. La recomendación se sustenta principalmente en consenso de expertos, estudios observacionales y documentos normativos internacionales.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población son pacientes menores de 18 años con dolor moderado a intenso que requieren cuidados paliativos; la intervención es administrar opioides de manera programada con rescates definidos para el dolor irruptivo.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. La administración regular asegura analgesia continua, mientras que el rescate rápido para dolor irruptivo previene sufrimiento innecesario. Además, definir la dosis de rescate como porcentaje de la dosis basal disminuye el riesgo de sobredosisificación y efectos adversos (1).
Uso de recursos	El uso de esquemas pautados con rescates definidos reduce hospitalizaciones por dolor no controlado y evita ajustes empíricos inseguros, optimizando recursos.
Factibilidad	Alta. La estrategia se aplica en la mayoría de los servicios de cuidados paliativos y es factible en entornos de baja y alta complejidad, con disponibilidad de opioides por vía oral/enteral.
Conclusión	Esta BPC promueve un esquema estandarizado, seguro y efectivo en el manejo de opioides, respaldado por guías internacionales y consenso de expertos, garantizando alivio del dolor continuo y tratamiento adecuado del dolor irruptivo.

El GEG consideró relevante emitir la siguiente **consideración** junto con a la anterior **BPC**:

Justificación	Consideraciones
<p>El GEG resalta la importancia de estandarizar el cálculo de las dosis de rescate y el cálculo del aumento de la dosis de mantenimiento de opioides en el contexto de cuidados paliativos pediátricos, con el fin de asegurar un manejo analgésico eficaz, seguro y adaptado a la respuesta individual del paciente.</p> <p>Por tanto, la administración de dosis de rescate debe considerar la vía de administración, respetando los intervalos mínimos entre dosis para evitar efectos adversos (60). Asimismo, los aumentos progresivos y controlados de las dosis de mantenimiento, permiten una titulación segura y eficaz, ajustado a la intensidad del dolor y la tolerancia del paciente. Estas medidas reducen el riesgo de sobredosificación, sedación excesiva y depresión respiratoria (60). En conjunto, estas consideraciones promueven el uso racional y seguro de los opioides en población pediátrica, asegurando una analgesia eficaz.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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

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.

Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. Las guías internacionales de la OMS 2020 (1), la Guía Española de Cuidados Paliativos Pediátricos (50) recomiendan la educación sistemática a pacientes y familias sobre opioides, tanto para mejorar la adherencia y el control del dolor como para reducir riesgos de mal uso, almacenamiento inadecuado o eliminación insegura. Asimismo, se señala que la información y acompañamiento son parte del estándar de cuidados paliativos pediátricos.

BPC 6	
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Correcto. La evidencia se sustenta en consensos de expertos, reportes de seguridad farmacológica y marcos normativos internacionales.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí. La población está claramente definida como menores de 18 años que requieren cuidados paliativos. El enunciado es accionable, se debe proporcionar información clara y adaptada a los familiares y cuidadores sobre el uso de opioides, que incluya beneficios, efectos adversos, nociones sobre tolerancia y dependencia fisiológica, manejo de síntomas adversos, y pautas prácticas de administración, almacenamiento seguro y disposición final de los fármacos no utilizados.
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. La educación mejora la adherencia terapéutica, aumenta la confianza de los cuidadores, reduce riesgos de sobredosis, errores de dosificación, intoxicaciones accidentales o desvío de medicamentos. Los posibles daños (ansiedad o temor excesivo frente a opioides) se pueden mitigar con comunicación empática y adaptada al nivel cultural y emocional de la familia.
Uso de recursos	El costo es bajo y se limita a tiempo del personal de salud, elaboración de materiales educativos y protocolos de orientación.
Factibilidad	Alta. Existen protocolos y materiales educativos adaptables para brindar esta información a los familiares y cuidadores, por lo que resulta factible incluso en entornos con recursos limitados, siempre que se integre en la práctica clínica habitual.
Conclusión	Esta BPC enfatiza la importancia de la educación a pacientes y familias sobre el uso seguro y responsable de opioides en cuidados paliativos pediátricos. Se basa en consenso internacional y experiencias documentadas, optimiza la seguridad, reduce riesgos de mal uso y garantiza un adecuado balance beneficio-riesgo en el manejo del dolor.

BPC 7

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”

Criterios para la formulación de la BPC	
Criterio	Respuesta e información de soporte
El enunciado es un estándar en la práctica clínica, por lo cual es mencionado por otras GPC u otros documentos.	Sí. El Documento Técnico Orientador “Disposiciones para las Prestaciones en Cuidados Paliativos Pediátricos en EsSalud”, aprobado en 2024, cuyos lineamientos son aplicables en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que brindan cuidados paliativos pediátricos a los asegurados de EsSalud, establece que el manejo del dolor moderado a severo y otros síntomas, así como el manejo al final de la vida está a cargo del equipo de cuidados paliativos pediátricos, conformado por médicos pediatras, médicos de familia o de otra especialidad con formación y/o experiencia en cuidados paliativos pediátricos, entre otros profesionales. En consecuencia, corresponde a los médicos de dicho equipo estar a cargo de la prescripción y ajuste de opioides, dado el riesgo de errores de dosificación, variabilidad en el metabolismo y necesidad de monitoreo estrecho. Asimismo, la OMS ha elaborado directrices para asegurar un equilibrio de las políticas nacionales de fiscalización de los opioides (1).
No existen ECA y recolectar la evidencia resulta en un pobre uso del tiempo de los metodólogos de la GPC, por lo cual puede ser evitado.	Correcto. El enunciado se basa en consenso de expertos, que concuerdan que la prescripción o supervisión inadecuadas aumentan el riesgo de sobredosificación, subdosificación, dependencia o errores en la vía de administración.
El enunciado es accionable y se define claramente la población e intervención.	Sí La población está claramente definida como menores de 18 años que requieren cuidados paliativos. El enunciado es accionable, la prescripción, ajuste y monitoreo de opioides esté a cargo de médicos con capacitación en cuidados paliativos, siguiendo además el Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y Otras Sustancias Sujetas a Fiscalización Sanitaria (62).
Los beneficios superan claramente a los daños.	Sí. Los beneficios incluyen un mayor control del dolor, prevención de eventos adversos graves y mayor seguridad en el uso de opioides.
Uso de recursos	Este enunciado requiere asegurar disponibilidad de médicos capacitados en cuidados paliativos, lo cual implica inversión en formación. Asimismo, garantiza el cumplimiento de la normativa nacional de estupefacientes (62).
Factibilidad	Media. En centros especializados y hospitales de referencia, ya existen equipos de cuidados paliativos con médicos entrenados. El cumplimiento de la normativa es obligatorio y factible con el marco regulatorio vigente en Perú.
Conclusión	Esta BPC establece que la prescripción y seguimiento de opioides en pediatría bajo cuidados paliativos debe estar a cargo de médicos con formación en cuidados paliativos, en el marco de la normativa nacional de estupefacientes (62). Además, se fundamenta en la necesidad de garantizar un manejo seguro, eficaz y regulado, priorizando la seguridad del paciente y el uso racional de opioides.

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

Introducción

El dolor neuropático en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos representa un reto clínico tanto para su reconocimiento como para su control, debido a la dificultad diagnóstica y a la escasa evidencia sobre tratamientos efectivos en esta población (63). Entre las principales causas en niños se encuentran los síndromes dolorosos regionales complejos, las neuropatías degenerativas y las complicaciones derivadas de enfermedades oncológicas o de sus tratamientos (63,64). Frente a esta diversidad de etiologías, se han propuesto como opciones terapéuticas fármacos de primera línea como los anticonvulsivantes, segunda línea como los antidepresivos tricíclicos y la clonidina (65). Sin embargo, dada la heterogeneidad de los cuadros clínicos y la vulnerabilidad de los pacientes pediátricos, resulta prioritario revisar la evidencia disponible que oriente sobre las alternativas farmacológicas más seguras y efectivas para el manejo del dolor neuropático en este contexto.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
7.1	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	• Anticonvulsivantes: gabapentina / Placebo	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Satisfacción global con el tratamiento
7.2		• Clonidina / Placebo	
7.3		• Antidepresivos: amitriptilina/ Placebo	

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

Se encontraron 2 RS publicadas como artículos científicos: Cooper 2017 (66) y Fisher 2020 (26). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Sub-PICO 7.1 gabapentina vs placebo			
No se encontró evidencia.			
Sub-PICO 7.2 clonidina vs placebo			
No se encontró evidencia.			
Sub-PICO 7.3 amitriptilina vs placebo			
Fisher 2020	10/10	Abril 2020	• Dolor (4 ECA)

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
			<ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos (1 ECA)
Cooper 2017	9/9	Septiembre 2016	<ul style="list-style-type: none"> Dolor (1 ECA) Eventos adversos (1 ECA)

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Sub-PICO 7.1: Gabapentina vs Placebo

Evidencia por cada desenlace:

- No se encontró RS que respondan a la pregunta planteada. Debido a esto, se realizó una búsqueda de *novi* de ECA, así como de estudios observacionales. En dicha búsqueda no se encontraron ECA ni estudios observacionales para la comparación de interés.

Enunciado emitido y justificación:

Justificación	Enunciado
<p>La búsqueda sistemática realizada para esta pregunta incluyó todos los escenarios clínicos relevantes de dolor neuropático en población pediátrica, sin restringirse únicamente a cuidados paliativos. A pesar de ello, no se identificaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados ni estudios observacionales comparativos que evaluaran el uso de gabapentina. Por lo tanto, se concluyó que no existe evidencia aplicable para responder a la pregunta de esta GPC.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el uso en gabapentina para el dolor neuropático en población pediátrica no está contemplado dentro de las condiciones establecidas en el registro sanitario, de acuerdo a la ficha técnica vigente emitida por DIGEMID, por lo que su uso en este contexto, constituye un uso fuera de etiqueta.</p> <p>Asimismo, se identificó que existen documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que incluyen a la gabapentina como una opción terapéutica para el dolor neuropático en niños, por ejemplo, el Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023) (60), guías como del National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (NICE) sobre cuidados al final de la vida en</p>	<p>No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de gabapentina 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 este fármaco 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>

población pediátrica (51), así como el manual Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care de Together for Short Lives (2022) (67), los que señalan su posible utilidad en el abordaje de este tipo de dolor. Sin embargo, dichas sugerencias se sustentan principalmente en la experiencia clínica y en la extrapolación de datos de estudios en adultos, más que en ensayos clínicos controlados o estudios observacionales comparativos en población pediátrica, por lo que no es posible establecer con certeza la eficacia ni la seguridad de la gabapentina en el contexto específico de población pediátrica que requiere cuidados paliativos.

En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra) respecto al uso de gabapentina. Dado el contexto clínico particular, se explicita 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 de investigación, la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados, que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad de la gabapentina en el manejo del dolor neuropático en población pediátrica en cuidados paliativos, por lo que esto se identificó como una prioridad de investigación, lo cual se incluirá en el Anexo 5 de esta GPC.

Sub-PICO 7.2: Clonidina vs Placebo

Evidencia por cada desenlace:

- No se encontró RS que respondan a la pregunta planteada. Debido a esto, se realizó una búsqueda de *novo* de ECA, así como de estudios observacionales. En dicha búsqueda no se encontraron ECA ni estudios observacionales para la comparación de interés.

Enunciado emitido y justificación:

Justificación	Enunciado
La búsqueda sistemática realizada para esta pregunta incluyó todos los escenarios clínicos relevantes de dolor neuropático en población pediátrica, sin restringirse únicamente a cuidados paliativos. A pesar de ello, no se identificaron revisiones sistemáticas, ensayos	No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de clonidina para el manejo del dolor neuropático en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.

Justificación	Enunciado
<p>clínicos aleatorizados ni estudios observacionales comparativos que evaluaran el uso de clonidina. Por lo tanto, se concluyó que no existe evidencia aplicable para responder a la pregunta de esta GPC.</p> <p>Adicionalmente, se identificó que el uso en clonidina para el dolor neuropático en población pediátrica no está contemplado dentro de las condiciones establecidas en el registro sanitario, de acuerdo a la ficha técnica vigente emitida por DIGEMID, por lo que su uso en este contexto, constituye un uso fuera de etiqueta.</p> <p>Existen documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que incluyen a la clonidina como una opción terapéutica para el dolor neuropático en niños; sin embargo, su uso para esta indicación es fuera de etiqueta. Por ejemplo, el Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023) (60), así como el manual Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care de Together for Short Lives (2022) (67), reconocen su posible utilidad en el abordaje de este tipo de dolor. Sin embargo, dichas sugerencias se sustentan principalmente en la experiencia clínica y en la extrapolación de datos de estudios en adultos, más que en ensayos clínicos controlados o estudios observacionales comparativos en población pediátrica. En consecuencia, al momento actual no es posible establecer con certeza la eficacia ni la seguridad de la clonidina en el contexto específico de niños que requieren cuidados paliativos.</p> <p>En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra) respecto al uso de clonidina. Dado el contexto clínico particular, se explicita 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.</p> <p>Finalmente, el GEG identificó como necesidad prioritaria de investigación, la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados, que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad</p>	<p>En este contexto clínico particular, la eventual utilización de este fármaco 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>

Justificación	Enunciado
de la clonidina en el manejo del dolor neuropático en población pediátrica en cuidados paliativos, por lo que esto se identificó como una prioridad de investigación, lo cual se incluirá en el Anexo 5 de esta GPC.	

Sub-PICO 7.3: Amitriptilina vs Placebo

Evidencia por cada desenlace:

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Dolor:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Fisher 2020 (26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2020 (26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace se tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron niños (de 0 a 19 años) con condiciones de dolor crónico idiopático (dolor musculoesquelético y dolor neuropático).
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias.
 - **La intervención** fue amitriptilina oral 10 mg/día.
 - **El comparador** fue placebo oral.
 - **El desenlace** de dolor fue definido como el cambio en la intensidad del dolor habitual medido mediante la Escala Analógica de Colores, variante de la Escala Visual Analógica (EVA).
- Eventos adversos:
 - Para este desenlace se contó con la RS de Fisher 2020 (26).
 - Se decidió tomar como referencia la RS de Fisher 2020 (26), debido a que fue la de mayor calidad, la que realizó su búsqueda más recientemente, y la que incluyó el mayor número de estudios.
 - Para este desenlace se tuvo las siguientes características:
 - **La población** fueron niños (de 0 a 19 años) con condiciones de dolor crónico idiopático (dolor musculoesquelético y dolor neuropático).
 - **El escenario clínico** fue en condiciones ambulatorias.
 - **La intervención** fue amitriptilina oral 10 mg/día.
 - **El comparador** fue placebo oral.
 - **El desenlace** de eventos adversos fue definido como la aparición de eventos adversos leves con el tratamiento, tales como náuseas, cefalea, vómitos, disminución apetito.

Tabla de Resumen de la Evidencia (*Summary of Findings - SoF*):

Población: Pacientes menores de 18 años con dolor neuropático
Intervención: Amitriptilina oral 10mg/día
Comparador: Placebo oral
Autores: Brenda Caira-Chuquineyra
Bibliografía por desenlace:

- Intensidad del dolor: RS de Fisher 2020 (26).
- Eventos adversos: RS de Fisher 2020 (26).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudios	Intervención: Amitriptilina	Comparación: Placebo	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Dolor (tiempo de seguimiento 6 meses)	Crítico	3 ECA (n=300)	n= 151	n= 149	-	DME: -0.16 (-0.39 a +0.08)	⊕○○○ Muy Baja _{a,b,c}	La evidencia es muy incierta sobre el efecto de brindar amitriptilina en lugar de placebo, con respecto a la reducción del dolor.
Calidad de vida	Crítico	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Discapacidad funcional	Crítico	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Eventos adversos (tiempo de seguimiento 6 meses)	Importante	1 ECA (n=184)	75/91 82.3%	58/93 62.4%	RR: 1.32 (1.10 a 1.59)	RA: +20 por cada 100 (+6 a +37)	⊕○○○ Muy Baja _{c,d}	Al brindar amitriptilina en lugar de placebo, podría ser que aumentemos de forma importante los eventos adversos (náuseas, cefalea, vómitos, disminución apetito), pero la evidencia es muy incierta.
Satisfacción global del paciente con el tratamiento	Importante	No se encontró evidencia para este desenlace.						

IC: Intervalo de confianza; DME: Diferencia de medias estandarizada, NA: No aplica.

*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

DMI de eventos adversos: 2.3 eventos por cada 100 pacientes. **DMI para desenlaces con DME: 0.2 (28)**

Explicaciones de la certeza de evidencia:

- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que entre el 50 al 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo (riesgo de sesgo incierto en datos del desenlace incompletos y riesgo de sesgo alto en el reporte selectivo de resultados).
- Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% del efecto absoluto atraviesa un umbral del DMI.
- Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, debido a que la condición evaluada en la población no es dolor neuropático (niños con trastornos gastrointestinales funcionales).
- Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo, debido a que tiene 3 círculos no verdes en el Cochrane ROB (ocultamiento asignación, cegamiento de la evaluación de resultados y datos de desenlace incompletos).

Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):

Presentación:

Sub-PICO 7.3: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	
Población:	Pacientes menores de 18 años con dolor neuropático
Intervención:	Amitriptilina
Comparador:	Placebo
Desenlaces:	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Satisfacción global con el tratamiento
Escenario:	EsSalud
Perspectiva:	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
Potenciales conflictos de interés:	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

Beneficios:							
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	
<div>○ Trivial</div> <div>○ Pequeño</div> <div>○ Moderado</div> <div>○ Grande</div> <div>○ Varía</div> <div>● Se desconoce</div>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	El GEG consideró que los beneficios se desconocen, dado que la evidencia disponible sobre la reducción del dolor es muy incierta y no se encontró información para los demás desenlaces de interés (calidad de vida, discapacidad funcional y satisfacción global con el tratamiento). En consecuencia, no es posible estimar con certeza el efecto de la intervención sobre sus potenciales beneficios.	
	Dolor (tiempo de seguimiento: 6 meses)	3 ECA (n=300)	NA	DME: -0.16 (-0.39 a +0.08)	⊕○○○ Muy Baja a,b,c		
	Calidad	No se encontró evidencia para este desenlace					
	Discapacidad funcional	No se encontró evidencia para este desenlace					
	Satisfacción global del paciente con el tratamiento	No se encontró evidencia para este desenlace					
	En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor neuropático que requieran cuidados paliativos, a las personas que se le brinda amitriptilina en lugar de no brindarlo:						
	<div><div>● La evidencia es muy incierta respecto a su efecto en la reducción del dolor.</div><div>● No se encontró evidencia disponible para calidad de vida, discapacidad funcional ni satisfacción global con el tratamiento.</div></div>						
Daños:							
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?							
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales	

- Grande
- **Moderado**
- Pequeño
- Trivial
- Varía
- Se desconoce

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza
Eventos adversos (tiempo de seguimiento: 6 meses)	1 ECA (n=184)	RR: 1.32 (1.10 a 1.59)	RA: +20 por cada 100 (+6 a +37)	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}

En resumen, en pacientes menores de 18 años con dolor que requieran cuidados paliativos, por cada 100 personas a las que se le brinde amitriptilina en lugar de no brindarlo:

- Podría ser que incremente de forma importante los efectos adversos, pero la evidencia es incierta.

El GEG consideró que los daños fueron moderados, ya que los efectos observados en el desenlace de eventos adversos mostraron un aumento importante, el cual superó el DMI establecido.

Certeza de la evidencia:
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?

Juicio	Evidencia			Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none">● Muy baja○ Baja○ Moderada○ Alta <ul style="list-style-type: none">○ Ningún estudio incluido	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	La certeza más baja del desenlace critico fue muy baja.
	Dolor (tiempo de seguimiento: 6 meses)	Crítico	⊕○○○ Muy Baja ^{a,b,c}	
	Calidad de vida	No se encontró evidencia para este desenlace		
	Discapacidad funcional	No se encontró evidencia para este desenlace		
	Eventos adversos (tiempo de seguimiento: 6 meses)	Importante	⊕○○○ Muy baja ^{c,d}	
	Satisfacción global del paciente con el tratamiento	No se encontró evidencia para este desenlace		
	Explicaciones de la certeza de evidencia: <ul style="list-style-type: none">a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo, debido a que entre el 50 al 70% del peso del metaanálisis está compuesto por estudios de bajo riesgo (riesgo de sesgo incierto en datos del desenlace incompletos y riesgo de sesgo alto en el reporte selectivo de resultados).b. Se disminuyó un nivel por imprecisión, porque el IC 95% del efecto absoluto atraviesa un umbral del DMI.c. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta, debido a que la condición evaluada en la población no es dolor neuropático (niños con SII)d. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo, debido a que tiene 3 círculos no verdes en el Cochrane ROB.			

Desenlaces importantes para los pacientes:
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ● No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí 	No se contó con evidencia para todos los desenlaces críticos e importantes considerados.	

Balance de los efectos:
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador?
(Tomando en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
--------	-----------	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ○ Favorece al comparador ○ Probablemente favorece al comparador ○ No favorece a la intervención ni al comparador ○ Probablemente favorece a la intervención ○ Favorece a la intervención ○ Varía ● Se desconoce 		<p>El balance entre beneficios y daños se desconoce, debido a la muy baja certeza de la evidencia y a la ausencia de información en desenlaces críticos para la toma de decisiones.</p>
---	--	---

Uso de recursos:
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																					
<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos extensos ○ Costos moderados ● Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños ○ Ahorros moderados ○ Ahorros extensos ○ Varía ○ Se desconoce 	<p>Esquema definido:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Intervención: Amitriptilina</th><th>Comparador: Placebo</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td><td>Tableta 25 mg</td><td>-</td></tr> <tr> <td>Costo unitario</td><td>S/ 0.15</td><td>-</td></tr> <tr> <td>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td><td>1 tableta por día</td><td>-</td></tr> <tr> <td>Costo total tratamiento por persona:</td><td>S/ 0.15 * 365 = 54.75</td><td>Ninguno</td></tr> <tr> <td>Costos indirectos relevantes</td><td>-</td><td>-</td></tr> <tr> <td>Diferencia</td><td colspan="2"> <ul style="list-style-type: none"> • Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 54.75 más que el comparador. • Por 100 personas tratadas al año, la intervención cuesta S/5475 más que el comparador. </td></tr> </tbody> </table>		Intervención: Amitriptilina	Comparador: Placebo	Presentación	Tableta 25 mg	-	Costo unitario	S/ 0.15	-	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	1 tableta por día	-	Costo total tratamiento por persona:	S/ 0.15 * 365 = 54.75	Ninguno	Costos indirectos relevantes	-	-	Diferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 54.75 más que el comparador. • Por 100 personas tratadas al año, la intervención cuesta S/5475 más que el comparador. 		<p>Debido a que los costos de brindar la intervención en lugar del comparador resultan pequeños (< S/500 por persona al año), el GEG consideró que la intervención y el comparador cuestan similar.</p>
	Intervención: Amitriptilina	Comparador: Placebo																					
Presentación	Tableta 25 mg	-																					
Costo unitario	S/ 0.15	-																					
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	1 tableta por día	-																					
Costo total tratamiento por persona:	S/ 0.15 * 365 = 54.75	Ninguno																					
Costos indirectos relevantes	-	-																					
Diferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Por persona tratada, la intervención cuesta S/ 54.75 más que el comparador. • Por 100 personas tratadas al año, la intervención cuesta S/5475 más que el comparador. 																						

Equidad:
Al preferir la intervención en lugar del comparador, ¿cuál será el impacto en la equidad?

Definiciones

- Incrementa la equidad: favorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)
- Reduce la equidad: desfavorece a poblaciones vulnerables de interés, como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc)

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduce la equidad ○ Probablemente reduce la equidad ○ Probablemente no tenga impacto en la equidad ○ Probablemente incrementa la equidad ○ Incrementa la equidad ○ Varía ● Se desconoce 		<p>Aunque la amitriptilina es una opción de bajo costo y accesible, sus restricciones de uso en población pediátrica con dolor neuropático limitan su aplicabilidad. En consecuencia, el GEG consideró que el impacto de la intervención sobre la equidad en salud se desconoce.</p>

Aceptabilidad:
¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí ● Varía ○ Se desconoce 		<p>Personal de salud: El GEG consideró que la aceptabilidad de los profesionales de la salud frente al uso de amitriptilina en pacientes pediátricos con dolor que requieren cuidados paliativos varía, principalmente debido a la limitada evidencia de la eficacia y seguridad en su uso en esta población.</p> <p>Pacientes:</p>

		El GEG consideró que la aceptabilidad de los pacientes y sus familias también varía, ya que, si bien algunos podrían aceptar la intervención como parte del manejo integral del dolor, otros podrían rechazarla por temor a los efectos adversos.
Factibilidad: ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente sí ○ Sí ○ Varía ● Se desconoce 		Disponibilidad real: Aunque la amitriptilina se encuentra en el petitorio de EsSalud y sus costos son bajos, no está indicada para el manejo del dolor neuropático ni para su uso en población pediátrica. Por estas razones, el GEG consideró que la factibilidad de implementar esta intervención se desconoce.

Resumen de los juicios:

	JUICIOS						
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

Enunciado emitido y justificación:

Justificación	Enunciado
<p>En la población pediátrica que requiere cuidados paliativos, 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 de muy baja certeza. En consecuencia, se desconocen los beneficios y los daños de brindar amitriptilina para el manejo del dolor neuropático.</p> <p>Existen documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que incluyen a la amitriptilina como una opción terapéutica para el dolor neuropático en niños, por ejemplo, el Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023) (60), las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (NICE) sobre cuidados al final de la vida en población pediátrica (51), así como el manual Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care de Together for Short Lives (2022) (67), señalan su posible utilidad en el abordaje de este tipo de dolor. Sin embargo, dichas sugerencias se sustentan principalmente en la experiencia clínica y en la extrapolación de datos de estudios en adultos, más que en ensayos clínicos controlados o estudios observacionales comparativos en población pediátrica. Así también, su uso para esta indicación es fuera de etiqueta, ya que no se encuentra contemplada en la ficha técnica vigente emitida por DIGEMID.</p> <p>En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra) respecto al uso de amitriptilina. Dado el contexto clínico particular, se explicita 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</p> <p>Finalmente, el GEG identificó como necesidad prioritaria de investigación, la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados, que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad de la amitriptilina en el manejo del dolor neuropático en población pediátrica en cuidados paliativos, por lo que esto se identificó como una</p>	<p>No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de 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>

Justificación	Enunciado
prioridad de investigación, lo cual se incluirá en el Anexo 5 de esta GPC.	

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

Introducción

El manejo del dolor en pacientes pediátricos con necesidades de cuidados paliativos constituye un desafío, dado que en muchos casos los analgésicos convencionales no logran un control adecuado (68). En este escenario, los fármacos adyuvantes, medicamentos con indicaciones primarias distintas del dolor, pero que poseen propiedades analgésicas en determinadas condiciones, adquieren un rol importante al administrarse junto con los analgésicos para potenciar el alivio del dolor (7,69). Se han investigado diferentes categorías de fármacos adyuvantes en el alivio del dolor en casos específicos, como el dolor neuropático, el dolor óseo o el dolor asociado a los espasmos musculares (7). Entre los adyuvantes se encuentran los antidepresivos tricíclicos, los anticonvulsivantes como gabapentina, dirigidos al tratamiento del dolor persistente con componente neuropático. También se incluyen relajantes musculares como baclofeno y antagonistas NMDA como la ketamina. Por ello, es fundamental revisar la evidencia disponible que compare estas intervenciones.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
8.1	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Baclofeno + analgésico (opioide) / Analgésico (opioide) 	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Satisfacción global con el tratamiento
8.2	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Ketamina + analgésico (opioide) / Analgésico (opioide) 	<p>Críticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida <p>Importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Satisfacción global con el tratamiento

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG.

En la búsqueda, no se encontraron RS publicadas como artículos científicos o incluidas en guías de práctica clínica. Por tanto, no se dispone de evidencia que permita responder directamente a esta pregunta clínica.

RS	Puntaje en AMSTAR-2 modificado *	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
8.1 baclofeno + opioide vs opioide			
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia 			
8.2 ketamina + opioide vs opioide			
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia 			

*El puntaje del AMSTAR-2 modificado se detalla en el **Anexo N° 3**.

Se decidió realizar una búsqueda de ECA, sin embargo, no se encontraron nuevos ECA que evalúen la PICO (Anexo N° 2).

Sub PICO 8.1: Baclofeno + opioide vs opioide

Evidencia por cada desenlace:

- No se encontraron RS que respondan a la pregunta planteada. Debido a esto, se efectuó una búsqueda *de novo* de ECA y estudios observacionales. En dicha búsqueda, tampoco se identificó estudios elegibles.

Enunciado emitido y justificación:

Justificación	Enunciado
<p>La búsqueda sistemática realizada para esta pregunta incluyó todos los escenarios clínicos relevantes de dolor en población pediátrica, sin restringirse únicamente a cuidados paliativos. A pesar de ello, no se identificaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados ni estudios observacionales comparativos que evaluaran el uso de baclofeno oral como adyuvante a los opioides para el manejo de dolor. Por lo tanto, se concluyó que no existe evidencia aplicable para responder a la pregunta de esta GPC.</p> <p>Se identificaron documentos internacionales de cuidados paliativos pediátricos que mencionan al baclofeno como una opción terapéutica adyuvante a los opioides para el manejo del dolor en esta población. Por ejemplo, el Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023) (60), el Practical Guide to Palliative Care in Paediatrics de Australia y Nueva Zelanda (70) y el manual Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care de Together for Short Lives (2022) (67), que señalan su posible utilidad por vía oral e intratecal como adyuvante a los opioides para el manejo del dolor asociado a espasmos musculares o espasticidad. Sin embargo, estas</p>	<p>No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de baclofeno oral como adyuvante 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>

Justificación	Enunciado
<p>recomendaciones se basan principalmente en la experiencia clínica, más que en ensayos clínicos controlados o estudios observacionales comparativos en población pediátrica. Cabe precisar que en la institución únicamente se dispone de baclofeno oral. En consecuencia, no es posible 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.</p> <p>En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni en contra) respecto al uso de baclofeno como adyuvante a los opioides para el manejo de dolor en esta población. Dado el contexto clínico particular, se explicita 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.</p> <p>Finalmente, el GEG identificó como necesidad prioritaria de investigación, la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados, que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad del baclofeno oral como adyuvante a opioides en el manejo del dolor en población pediátrica en cuidados paliativos, por lo que se identificó como una prioridad de investigación a incluir en el Anexo 5 de esta GPC.</p>	

Sub PICO 8.2: Ketamina + opioide vs opioide

Evidencia por cada desenlace:

- No se encontraron RS que respondan a la pregunta planteada. Debido a esto, se efectuó una búsqueda *de novo* de ECA y de estudios observacionales. En dicha búsqueda, tampoco se identificó estudios elegibles.

Enunciado emitido y justificación:

Justificación	Enunciado
La búsqueda sistemática realizada para esta pregunta incluyó todos los escenarios clínicos relevantes de dolor en población pediátrica, sin restringirse únicamente a cuidados paliativos. A pesar de ello, no se identificaron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados ni	No fue posible emitir una recomendación sobre el uso de la ketamina intravenosa como adyuvante a los opioides para el manejo del dolor en población pediátrica que requiere cuidados paliativos, debido a la ausencia de evidencia aplicable.

Justificación	Enunciado
<p>estudios observacionales comparativos que evaluarán el uso de ketamina intravenosa como adyuvante a los opioides para el manejo de dolor. Por lo tanto, se concluyó que no existe evidencia aplicable para responder a la pregunta de esta GPC.</p> <p>La guía de práctica clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría del Ministerio de Sanidad de España (50), emite un punto de buena práctica clínica que incluye la ketamina como opción adyuvante para el dolor neuropático en esta población, sustentado en la experiencia clínica y en una serie de casos retrospectiva sin grupo control de once pacientes pediátricos con cáncer avanzado (71). Del mismo modo, documentos internacionales como el Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management (Dana-Farber/Boston Children's Hospital, 2023) (60), el Practical Guide to Palliative Care in Paediatrics de Australia y Nueva Zelanda (70), las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence, 2021 (NICE) sobre cuidados al final de la vida en población pediátrica (51) y el documento de Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico del Instituto Nacional del Cáncer de Argentina (2017) (8), señalan su posible utilidad como adyuvante a los opioides en dosis subanestésicas, particularmente para el manejo del dolor refractario en situación terminal (últimas semanas de vida). Sin embargo, estas recomendaciones se basan principalmente en la experiencia clínica y series de casos, más que en ensayos clínicos controlados o estudios observacionales comparativos en población pediátrica. En consecuencia, no es posible establecer con certeza la eficacia ni la seguridad de la ketamina intravenosa como adyuvante a los opioides para el manejo del dolor en niños que requieren cuidados paliativos.</p> <p>Así también, su uso como adyuvante a opioides para manejo de dolor en población pediátrica es fuera de etiqueta, ya que no se encuentra contemplada en la ficha técnica vigente emitida por DIGEMID.</p> <p>En este marco, el GEG determinó que no era posible emitir una recomendación (ni a favor ni</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>

Justificación	Enunciado
<p>en contra) respecto al uso de ketamina como adyuvante a los opioides para el manejo de dolor en esta población. Dado el contexto clínico particular, se explicita 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.</p> <p>Finalmente, el GEG identificó como necesidad prioritaria de investigación, la generación de estudios con diseños metodológicos adecuados, que evalúen la eficacia, efectividad y seguridad de la ketamina intravenosa como adyuvante a opioides en el manejo del dolor refractario en población pediátrica en cuidados paliativos, por lo que se identificó como una prioridad de investigación a incluir en el Anexo 5 de esta GPC.</p>	

VII. Plan de actualización de la Guía de Práctica Clínica

La presente GPC estará vigente hasta su actualización. Periódicamente se realizarán revisiones de la literatura para su actualización, y cuando se identifique evidencia que pueda modificar alguna recomendación, se evaluará la necesidad de actualizar la GPC.

VIII. 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. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J.* 14 de diciembre de 2010;182(18):E839-42.
11. Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica [Internet]. 2015 [citado 22 de noviembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/314118-documento-tecnico-metodologia-para-la-elaboracion-de-guias-de-practica-clinica>

12. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 21 de septiembre de 2017;j4008.
13. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 18 de octubre de 2011;343(oct18 2):d5928-d5928.
14. Wells G, Shea B, O'connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. 2009 [citado 22 de noviembre de 2025]; Disponible en: https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
15. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Ann Intern Med*. 18 de octubre de 2011;155(8):529-36.
16. 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.
17. 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.
18. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):726-35.
19. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 28 de junio de 2016;i2016.
20. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. *J Clin Epidemiol*. julio de 2013;66(7):719-25.
21. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs*. 1997;23(3):293-7.
22. Chan AY, Ge M, Harrop E, Johnson M, Oulton K, Skene SS, et al. Pain assessment tools in paediatric palliative care: A systematic review of psychometric properties and recommendations for clinical practice. *Palliat Med*. enero de 2022;36(1):30-43.
23. Papa S, Mercante A, Giacomelli L, Benini F. Pediatric Palliative Care: Insights into Assessment Tools and Review Instruments. *Children*. 17 de agosto de 2023;10(8):1406.

24. Pain - assessment in the palliative patient [Internet]. [citado 16 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.starship.org.nz/guidelines/pain-assessment-in-the-palliative-patient/>
25. 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>
26. 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*. enero de 2022;163(1):e1-19.
27. McGrath PJ, Walco GA, Turk DC, Dworkin RH, Brown MT, Davidson K, et al. Core Outcome Domains and Measures for Pediatric Acute and Chronic/Recurrent Pain Clinical Trials: PedIMPACT Recommendations. *J Pain*. 1 de septiembre de 2008;9(9):771-83.
28. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2.^a ed. New York: Routledge; 2013. 567 p.
29. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain*. mayo de 2004;5(4):195-211.
30. Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 de octubre de 2018;2018(9):CD003968.
31. 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.
32. Del Villar Guerra P, Andrés De Álvaro M, García Miralles L, Tamayo-Morales O, Ramos Pollo D. Beyond treatment: Understanding family experiences in pediatric palliative care. *Palliat Support Care*. diciembre de 2024;22(6):2040-8.
33. Zernikow B. The Silent Epidemic—Chronic Pain and Palliative Care Needs in Children and Adolescents. *Children*. 25 de febrero de 2024;11(3):283.
34. Le A, Dick BR, Spiers J, Reid K, Scott SD. Parents' experiences with pediatric chronic pain. *Can J Pain*. enero de 2019;3(1):20-32.
35. Palermo TM, Valrie CR, Karlson CW. Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. *Am Psychol*. 2014;69(2):142-52.
36. Law E, Fisher E, Eccleston C, Palermo TM. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 18 de marzo de 2019 [citado 15 de septiembre de 2025];2021(6). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009660.pub4>
37. Downing J, Randall D, Mcnamara-Goodger K, Ellis P, Palat G, Ali Z, et al. Children's palliative care and public health: position statement. *BMC Palliat Care*. 2 de abril de 2025;24(1):89.

38. Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *PAIN Rep.* enero de 2020;5(1):e804.
39. 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.
40. Cooper TE, Fisher E, Anderson B, Wilkinson NM, Williams DG, Eccleston C. Paracetamol (acetaminophen) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2 de agosto de 2017 [citado 21 de junio de 2025];2019(10). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012539.pub2>
41. Eccleston C, Cooper TE, Fisher E, Anderson B, Wilkinson NM. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2 de agosto de 2017 [citado 21 de junio de 2025]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012537.pub2>
42. Cooper TE, Heathcote LC, Anderson B, Grégoire MC, Ljungman G, Eccleston C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 24 de julio de 2017 [citado 21 de junio de 2025];2019(10). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012563.pub2>
43. Hartling L, Ali S, Dryden DM, Chordiya P, Johnson DW, Plint AC, et al. How Safe Are Common Analgesics for the Treatment of Acute Pain for Children? A Systematic Review. *Pain Res Manag.* 2016;2016:1-15.
44. Zernikow B, Michel E, Craig F, Anderson BJ. Pediatric Palliative Care: Use of Opioids for the Management of Pain. *Pediatr Drugs.* 2009;11(2):129-51.
45. Zernikow B, Smale H, Michel E, Hasan C, Jorch N, Andler W. Paediatric cancer pain management using the WHO analgesic ladder — results of a prospective analysis from 2265 treatment days during a quality improvement study. *Eur J Pain.* octubre de 2006;10(7):587-587.
46. Madden K, Park M, Liu D, Bruera E. Practices, Attitudes, and Beliefs of Palliative Care Physicians Regarding the Use of Methadone and Other Long-Acting Opioids in Children with Advanced Cancer. *J Palliat Med.* octubre de 2018;21(10):1408-13.
47. Cooper TE, Fisher E, Gray AL, Krane E, Sethna N, Van Tilburg MA, et al. Opioids for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 26 de julio de 2017 [citado 15 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012538.pub2>
48. Wiffen PJ, Cooper TE, Anderson AK, Gray AL, Grégoire MC, Ljungman G, et al. Opioids for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 19 de julio de 2017 [citado 15 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012564.pub2>

49. 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.
50. 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/>
51. 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>
52. Rodieux F, Vutskits L, Posfay-Barbe KM, Habre W, Piguet V, Desmeules JA, et al. When the Safe Alternative Is Not That Safe: Tramadol Prescribing in Children. *Front Pharmacol.* 5 de marzo de 2018;9:148.
53. Research C for DE and. FDA Drug Safety Communication: FDA restricts use of prescription codeine pain and cough medicines and tramadol pain medicines in children; recommends against use in breastfeeding women. FDA [Internet]. 19 de octubre de 2023 [citado 15 de septiembre de 2025]; Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-restricts-use-prescription-codeine-pain-and-cough-medicines-and>
54. Kaguelidou F, Le Roux E, Mangiarini L, Lundin R, de Leeuw TG, Della Pasqua O, et al. Non-inferiority double-blind randomised controlled trial comparing gabapentin versus tramadol for the treatment of chronic neuropathic or mixed pain in children and adolescents: the GABA-1 trial—a study protocol. *BMJ Open.* 20 de febrero de 2019;9(2):e023296.
55. Pro–con debate: is codeine a drug that still has a useful role in pediatric practice? - TREMLETT - 2010 - Pediatric Anesthesia - Wiley Online Library [Internet]. [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-9592.2009.03234.x>
56. Placencia J, Madden K. Pediatric Palliative Care Pharmacy Pearls—A Focus on Pain and Sedation. *Children.* 10 de octubre de 2021;8(10):902.
57. 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
58. Department of Veterans Affairs. VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE USE OF OPIOIDS IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN. 2021.
59. 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>
60. Dana Farber Cancer Institute/Boston Children’s Hospital. Pediatric Palliative Care Approach to Pain & Symptom Management [Internet]. 2023. Disponible en: https://pinkbook.dfci.org/assets/docs/blueBookv2.pdf?utm_medium=email&utm_source=transaction

61. Ista E, van Dijk M, de Hoog M, Tibboel D, Duivenvoorden HJ. Construction of the Sophia Observation withdrawal Symptoms-scale (SOS) for critically ill children. *Intensive Care Med.* 1 de junio de 2009;35(6):1075-81.
62. Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Estupefacientes, Psicotrópicos y Otras Sustancias Sujetas a Fiscalización Sanitaria - DECRETO SUPREMO - N° 024-2020-SA - SALUD [Internet]. [citado 2 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/undefined/dispositivo/NL/1875101-5>
63. Walker SM. Neuropathic pain in children: Steps towards improved recognition and management. *EBioMedicine.* 25 de noviembre de 2020;62:103124.
64. Coluzzi F, Di Stefano G, Scerpa MS, Rocco M, Di Nardo G, Innocenti A, et al. The Challenge of Managing Neuropathic Pain in Children and Adolescents with Cancer. *Cancers.* enero de 2025;17(3):460.
65. Friedrichsdorf SJ, Nugent AP. Management of neuropathic pain in children with cancer. *Curr Opin Support Palliat Care.* junio de 2013;7(2):131-8.
66. Cooper TE, Heathcote LC, Clinch J, Gold JI, Howard R, Lord SM, et al. Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 5 de agosto de 2017 [citado 22 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012535.pub2>
67. 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/>
68. Beecham E, Candy B, Howard R, McCulloch R, Laddie J, Rees H, et al. Pharmacological interventions for pain in children and adolescents with life-limiting conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 13 de marzo de 2015;2015(3):CD010750.
69. Friedrichsdorf SJ, Postier AC. Recent advances in pain treatment for children with serious illness. *Pain Manag.* noviembre de 2019;9(6):583-96.
70. 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/>
71. Finkel JC, Pestieau SR, Quezado ZMN. Ketamine as an adjuvant for treatment of cancer pain in children and adolescents. *J Pain.* junio de 2007;8(6):515-21.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS

ANEXOS

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 15:38:45-0500



Firmado digitalmente por
GARAVITO FARRO Hector Miguel
FAU 20131257750 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 05.12.2025 15:54:56 -05:00



INSTITUTO DE
EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS EN
SALUD E
INVESTIGACIÓN



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

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

Selección de las recomendaciones trazadoras

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

Revisoras clínicas externas

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

Revisora metodológica

- Delgado Flores, Carolina Jaqueline.
 - o Maestra en Ciencias en Investigación Epidemiológica
 - o 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: Anexos. 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: gpcdireccion.ietsi@essalud.gob.pe

Teléfono: (+511) 265 6000, anexo 1953

Tabla de Contenido

Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica	7
Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica	10
Pregunta 1: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué escalas se deberían utilizar para la evaluación del dolor?	10
Pregunta 2. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?	13
Pregunta 3. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?.....	16
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?	20
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?	24
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?	33
Pregunta 7. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	37
Pregunta 8. En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos adyuvantes se deberían brindar para el manejo del dolor?	46
Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios	58
Pregunta 2: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia física con ejercicios?	60
Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieren cuidados paliativos, ¿se debería brindar la terapia psicológica?.....	61
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?	62
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?	63
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?	64
Pregunta 7: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos, ¿qué fármacos se deberían brindar para el manejo del dolor neuropático?	65
Anexo N° 4: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC...	66
Anexo N° 5: Prioridades de investigación	70
Referencias.....	71

Anexo N° 1: Búsqueda y selección de guías de práctica clínica

El **11 de diciembre del 2024**, se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) que cumplan con los siguientes criterios:

- La GPC emitió recomendaciones.
- La población de la GPC fue pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos.
- El ámbito de la GPC incluye manejo del dolor.
- La GPC fue publicada entre **enero del 2020 y diciembre del 2024**.
- La GPC basó sus recomendaciones en revisiones sistemáticas de la literatura.

Detalles de la búsqueda:

Buscador, repositorio, u organismo elaborador	Términos de búsqueda	Observaciones	Resultados que cumplieron con los criterios de inclusión
Buscadores o repositorios:			
Trip database (https://www.tripdatabase.com)	<ul style="list-style-type: none"> • Management pain AND pediatrics • palliative care AND pediatrics 	<i>Se usó el filtro de fecha correspondiente.</i> <i>Se filtró por guías de práctica clínica.</i>	14
Pubmed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)	<ul style="list-style-type: none"> • (("Pain Management"[Mesh] OR "Palliative Care"[Mesh]) AND ("Pediatrics"[Mesh] OR "Child"[Mesh])) AND (guideline[Publication Type] OR guideline*[TI] OR recommendation*[TI]) 	<i>Se usó el filtro de fecha correspondiente.</i>	10
Google Scholar (https://scholar.google.com.pe/)	<u>Inglés:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Management pain pediatrics guideline guidelines recommendations <u>Español:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor pediátrico guía practica clínica recomendaciones 	<i>Se usó el filtro de fecha correspondiente.</i> <i>Se revisaron los primeros 50 resultados en inglés y 50 en español</i>	8
Google (https://www.google.com)	<u>Inglés:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Management pain pediatrics guideline guidelines recommendations <u>Español:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor pediátrico guía practica clínica recomendaciones 	<i>Se usó el filtro de fecha correspondiente.</i> <i>Se revisaron los primeros 50 resultados en inglés y 50 en español</i>	12
Google Perú (https://www.google.com)	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del dolor pediatria guía practica clínica recomendaciones peru 	<i>Se usó el filtro de fecha correspondiente.</i> <i>Se revisaron los primeros 50 resultados</i>	0
Organismos elaboradores			
National Institute for Health and Care Excellence - UK (NICE) (https://www.nice.org.uk/)	<ul style="list-style-type: none"> • Pain management 	<i>Se usó el filtro "Clinical Guidelines"</i>	0

Evaluación preliminar de las GPC identificadas:

Luego de eliminar los duplicados, se identificaron 5 GPC que cumplieron con los criterios de inclusión:

N°	Institución o autor	Título	País o región	Año de publicación
1	The Dutch paediatric palliative care guideline (1)	A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment	Holanda	2024
2	American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2)	Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline	Estados Unidos	2022
3	Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines (SCCM) (3)	2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility	Estados Unidos	2022
4	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) (4)	Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría	España	2022
5	World Health Organization (5)	Guidelines on the management of chronic pain in children	Internacional	2020

Seguidamente, se evaluó estas 5 GPC utilizando el dominio 3 (rigor metodológico) del instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation-II* (AGREE-II) (6). Los puntajes de las GPC se muestran a continuación:

Evaluador(es):					
<ul style="list-style-type: none"> Zhamanda Noelia Ortiz Benique Wagner Rogger Rios Garcia 					
Ítems	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GPC 4	GPC 5
1 Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia	11	10	11	8	3
2 Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad	12	12	10	12	8
3 Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas	10	9	9	8	8
4 Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos	10	9	9	9	10
5 Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos	11	9	9	8	9
6 Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan	9	10	8	9	8
7 La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación	2	7	2	8	10
8 Se incluye un procedimiento para actualizar la guía	4	6	8	9	11
TOTAL	55%	58%	52%	57%	53%

Cada ítem tiene un puntaje del 1 al 7. Para calcular el puntaje expresado en porcentaje total, se usó la siguiente fórmula:

- Puntuación máxima posible = 7 (muy de acuerdo) x 8 (ítems) x (2 evaluadores) = 112
- Puntuación mínima posible = 1 (muy de acuerdo) x 8 (ítems) x (2 evaluadores) = 16
- Puntuación estandarizada = (Suma de los puntajes de los ítems – 16) * 100 / 96

Como se observa, no se identificaron GPC que obtuvieran un puntaje mayor a 60% en el dominio 3 del instrumento AGREE-II. Por ello, se decidió elaborar una GPC *de novo*, y tomar en cuenta las revisiones sistemáticas realizadas por las GPC incluidas en esta búsqueda cuando sea necesario.

Anexo N° 2: Búsqueda de la evidencia para cada pregunta clínica

Para las preguntas planteadas, se buscaron documentos cuya versión a texto completo se encuentre en español o inglés.

Abreviaturas:

- ECA: Ensayos clínicos aleatorizados
- RS: Revisiones sistemáticas
- EO: Estudio observacional
- ECNA: Ensayo clínico no aleatorizado

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

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
1	En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos	Herramientas para evaluación del dolor - NIPS - FLACC - FLACC-R - FPS - EVA	no aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad clínica (diagnostico) • Sensibilidad • Especificada • Seguridad

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

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
Búsqueda para las preguntas PICO N° 1	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a abril de 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 150 • CENTRAL: - • Total de citaciones después de excluir duplicados: 150 	0	0

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 1:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: abril 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR peadiatric*[TIAB] OR kid[TIAB])) AND (((chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	(pain[TIAB]) AND (measurement[TIAB] OR assessment[TIAB] OR detection[TIAB] OR tool*[TIAB]) OR (pain measurement[MH])
#3	Comparador	-
#5	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR network meta-analysis[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metanalysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#6	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #5

Búsqueda: búsqueda de ECA para las preguntas PICO N° 1:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: abril 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR peadiatric*[TIAB] OR kid[TIAB])) AND (((chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	(pain[TIAB]) AND (measurement[TIAB] OR assessment[TIAB] OR detection[TIAB] OR tool*[TIAB]) OR (pain measurement[MH])
#3	Comparador	-
#5	Tipo de estudio	((clinical[TIAB] AND trial[TIAB]) OR clinical trials as topic[MeSH] OR clinical trial[PT] OR random*[TIAB] OR "random allocation"[MeSH])

#6	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #5
----	---------------	-------------------------

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
No se encontró evidencia.		

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Diseño
No se encontró evidencia.	

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

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
2	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	Terapia física con ejercicios	No terapia física con ejercicios	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Juicio global de satisfacción de tratamiento • Sueño • Fatiga

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 2	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a febrero 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 128 • Biblioteca Cochrane: 10 • Total de citaciones después de excluir duplicados: 126 	1	9	1

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 2:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed	
Fecha de búsqueda: febrero de 2025.	
Filtros:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	
Descripción	Término

#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR peadiatric*[TIAB] OR kid[TIAB])) AND (((chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	((physical[TIAB]) AND (activity[TIAB] OR intervention*[TIAB])) OR (exercise[MH] OR exercis*[TIAB] OR physical[TIAB])
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR network meta-analysis[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metanalysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Base de datos: Biblioteca Cochrane

Fecha de búsqueda: febrero de 2025

Filtros:

- Ninguno

Término

#1 MeSH descriptor: [Child] explode all trees
 #2 MeSH descriptor: [Infant] this term only
 #3 MeSH descriptor: [Adolescent] this term only
 #4 child*:ti,ab
 #5 pediatric*:ti,ab
 #6 infan*:ti,ab
 #7 paediatric*:ti,ab
 #8 kid:ti,ab
 #9 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8
 #10 MeSh descriptor: [exercise] explode all trees
 #11 physical:ti,ab
 #12 activity:ti,ab
 #13 intervention*:ti,ab
 #14 exercis*:ti,ab
 #15 physical:ti,ab
 # 16 #10 or # 11 or #12 or #13 or #14 or #15

 Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 2:		
<ul style="list-style-type: none"> Crowder SL, Buro AW, Stern M. Physical activity interventions in pediatric, adolescent, and young adult cancer survivors: a systematic review. Support Care Cancer. 2022 Jun;30(6):4635-4649. 	RS	La población no fue pacientes pediátricos, sino con adultos jóvenes.
<ul style="list-style-type: none"> Agoston AM, Sieberg CB. Nonpharmacologic Treatment of Pain. Semin Pediatr Neurol. 2016 Aug;23(3):220-223. doi: 10.1016/j.spen.2016.10.005. Epub 2016 Oct 20. 	Artículo de revisión	Revisión de literatura.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> McLaughlin P, Hurley M, Chowdary P, Khair K, Stephensen D. Physiotherapy interventions for pain management in haemophilia: A systematic review. <i>Haemophilia</i>. 2020 Jul;26(4):667-684. 	RS	Población que solo incluye pacientes con hemofilia.
<ul style="list-style-type: none"> Mu PF, Chen YC, Cheng SC. The effectiveness of non-pharmacological pain management in relieving chronic pain for children and adolescents. <i>JB Lib Syst Rev</i>. 2009;7(34):1489-1543. 	RS	La intervención evaluada no corresponde.
<ul style="list-style-type: none"> Checa-Peñalver A, Lírio-Romero C, Luiz Ferreira EA, Hernandez-Iglesias S, García-Valdivieso I, Pérez-Pozuelo JM, Gómez-Cantarino S. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions in the Management of Pediatric Chronic Pain: A Systematic Review. <i>Children (Basel)</i>. 2024 Nov 25;11(12):1420. 	RS	La intervención evaluada no corresponde.
<ul style="list-style-type: none"> Nascimento Leite M, Kamper SJ, O'Connell NE, Michaleff ZA, Fisher E, Viana Silva P, Williams CM, Yamato TP. Physical activity and education about physical activity for chronic musculoskeletal pain in children and adolescents. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2023 Jul 13;7(7):CD013527. 	RS	Excluye a pacientes en cuidados paliativos.
<ul style="list-style-type: none"> Nijhof LN, Nap-van der Vlist MM, van de Putte EM, van Royen-Kerkhof A, Nijhof SL. Non-pharmacological options for managing chronic musculoskeletal pain in children with pediatric rheumatic disease: a systematic review. <i>Rheumatol Int</i>. 2018 Nov;38(11):2015-2025. 	RS	No metaanálisis
<ul style="list-style-type: none"> Musso-Daury L, Pascual Fernández T, López-Ortiz S, Pico De Las Heras M, Emanuele E, Lista S, Matey-Rodríguez C, Santos-Lozano A. Conservative, Non-pharmacological Interventions for Pain Management in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. <i>Cureus</i>. 2024 Nov 8;16(11):e73295. 	RS	Población con solo artritis idiopática juvenil.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 2:	
Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, Buckley B, Cooper TE, Sethna N, Eccleston C. Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis. <i>Pain</i> . 2022 Jan 1;163(1):e1-e19.	RS

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

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
3	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	Brindar terapia psicológica	No brindar terapia psicológica	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad de dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional • 30% de reducción del dolor • 50% de reducción del dolor Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento emocional (Depresión) • Funcionamiento emocional (Ansiedad) • Juicio global de satisfacción con el tratamiento

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 3	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a marzo 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 69 • Biblioteca Cochrane: 9 • Total de citaciones después de excluir duplicados: 65 	3	11	1

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 3:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: marzo de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR peadiatric*[TIAB] OR kid[TIAB])) AND (((chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	((psychotherapy[TIAB] OR psychotherapy[MH]) AND (psychology[TIAB] OR psychologist*[TIAB])) OR (behavior therapy [MH] OR (behavio*[TIAB] AND therapy[TIAB]))
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR network meta-analysis[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metanalysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: febrero de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Término	
#1	MeSH descriptor: [Child] explode all trees	
#1	MeSH descriptor: [Child] explode all trees	
#2	MeSH descriptor: [Infant] this term only	
#3	MeSH descriptor: [Adolescent] this term only	
#4	child*:ti,ab	
#5	pediatric*:ti,ab	
#6	infan*:ti,ab	
#7	paediatric*:ti,ab	
#8	peadiatric*:ti,ab	
#9	kid:ti,ab	
#10	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9	
#11	MeSH descriptor: [chronic pain] explode all tres	
#12	chronic pain":ti,ab	
#13	palliative:ti,ab	
#14	care:ti,ab	
#15	treatment:ti,ab	
#16	therapy:ti,ab	
#17	medicine:ti,ab	
#18	supportive:ti,ab	
#19	#11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18	
#20	MeSH descriptor: [therapy] explode all tres	
#21	psychotherapy:ti,ab	
#22	psychology:ti,ab	

#23 intervention*:ti,ab
 #24 #21 or #22 or #23
 #24 #10 and #19 and 24

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 3:		
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Law E, Dudeney J, Eccleston C, Palermo TM. Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 2;4(4):CD011118. 	RS	La intervención se restringió a solo por vía remota.
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep 29;9(9):CD003968. 	RS	Población que excluye a pacientes oncológicos.
<ul style="list-style-type: none"> Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Wong S, Huss JH, Merry SN. E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Aug 15;8(8):CD012489. 	RS	La intervención se restringió a solo por vía remota.
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Heathcote L, Palermo TM, de C Williams AC, Lau J, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of psychological therapies for children with chronic pain. J Pediatr Psychol. 2014 Sep;39(8):763-82. 	RS	Artículo actualizado por Fisher 2022.
<ul style="list-style-type: none"> Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, Lalouni M, Hedman E, Ahlen J, Olén O, Serlachius E, Ljótsson B. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016 Dec;50:1-10. 	RS	La intervención evaluada restringe un solo tipo de terapia.
<ul style="list-style-type: none"> Huang X, Jia N, Zhang Y, Hao Y, Xiao F, Sun C, Cui X, Wang F. Effect of cognitive-behavior therapy for children with functional abdominal pain: a meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2024 Feb 3;24(1):62. 	RS	La intervención evaluada restringe un solo tipo de terapia.
<ul style="list-style-type: none"> Eccleston C, Palermo TM, de C Williams AC, Lewandowski A, Morley S, Fisher E, Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD003968. 	RS	Población que excluye a pacientes oncológicos.
<ul style="list-style-type: none"> Checa-Peñalver A, Lirio-Romero C, Luiz Ferreira EA, Hernandez-Iglesias S, García-Valdivieso I, Pérez-Pozuelo JM, Gómez-Cantarino S. Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions in the Management of Pediatric Chronic Pain: A Systematic Review. Children (Basel). 2024 Nov 25;11(12):1420. 	RS	Intervención no corresponde

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Tang WX, Zhang LF, Ai YQ, Li ZS. Efficacy of Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for the management of chronic pain in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>Medicine (Baltimore)</i>. 2018 Sep;97(36):e12061. 	RS	La intervención se restringió a solo por vía remota.
<ul style="list-style-type: none"> Loneragan A. The effectiveness of cognitive behavioural therapy for pain in childhood and adolescence: a meta-analytic review. <i>Ir J Psychol Med</i>. 2016 Dec;33(4):251-264. 	RS	La intervención evaluada restringe un solo tipo de terapia

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 3:	
Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, Buckley B, Cooper TE, Sethna N, Eccleston C. Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis. <i>Pain</i> . 2022 Jan 1;163(1):e1-e19.	RS

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?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención	Comparador	Desenlaces
4	Pacientes menores de 18 años con dolor que requieren cuidados paliativos	Terapia psicológica a cuidadores o padres	No terapia psicológica a cuidadores o padres	<u>Críticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Intensidad de dolor del niño Calidad de vida del niño Capacidad funcional del niño <u>Importantes:</u> <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos en el niño Salud mental del niño (bienestar, estrés, ansiedad, y depresión) Salud mental del cuidador o padres Conducta de los padres

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizaron finalmente dos búsquedas bibliográficas:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 4	Búsqueda de novo de RS de ECA o EO	Desde inicio de los tiempos a abril 2025	<ul style="list-style-type: none"> PubMed: 46 Cochrane Library: 8 Total de estudios duplicar: 51 	PICO N° 4	8	1

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 4:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: abril 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	("chronic pain"[MESH] OR "rheumatic diseases"[MESH] OR "fibromyalgia"[MESH] OR "neoplasms"[MESH] OR pain[TIAB] OR cancer[TIAB] OR arthritis[TIAB] OR "neuropathic pain"[TIAB] OR "chronic pain"[TIAB])
#2	Intervención	("parents"[MESH] OR "family"[MESH] OR "caregivers"[MESH] OR "caregiver*"[TIAB] OR "family member"[TIAB] OR "mother"[TIAB] OR "father"[TIAB]) AND ("psychotherapy"[TIAB] OR "problem solving"[TIAB] OR "CBT"[TIAB] OR "cognitive behavioral therapy"[TIAB] OR "psychological intervention"[TIAB:~2] OR "behavioral therapy"[TIAB:~2])
#3	Tipo de estudio	((("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB]))
#4	Desenlace	-
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: abril 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> RS 		
	Descripción	Término
#1	MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees	
#2	MeSH descriptor: [Rheumatic Diseases] explode all trees	
#3	MeSH descriptor: [Fibromyalgia] explode all trees	
#4	MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees	
#5	pain:ti,ab OR cancer:ti,ab OR arthritis:ti,ab OR "neuropathic pain":ti,ab OR "chronic pain":ti,ab	
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	
#7	MeSH descriptor: [Parenting] explode all trees	
#8	MeSH descriptor: [Family] explode all trees	
#9	MeSH descriptor: [Caregivers] explode all trees	
#10	caregiver*:ti,ab OR "family member":ti,ab OR mother:ti,ab OR father:ti,ab	
#11	#7 OR #8 OR #9 OR #10	
#12	(psychotherapy:ti,ab OR "problem solving":ti,ab OR CBT:ti,ab OR "cognitive behavioral therapy":ti,ab OR "psychological intervention":ti,ab OR "behavioral therapy":ti,ab)	
#13	#11 AND #12	
#14	#6 AND #13	

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 4:		
<ul style="list-style-type: none"> Kalyani CV, Rohilla KK, Gupta P, Gupta A, Gupta S. Effect of Psychosocial Interventions on Cancer's Caregiver Quality of Life: Meta-analysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2023;19:e174501792308240. Published 2023 Aug 25. doi:10.2174/17450179-v19-e230927-2022-HT14-4336-1 	RS	Incluye solo población adulta
<ul style="list-style-type: none"> Yildiz M, Terzioğlu C, Ayhan F. Psychosocial interventions aimed at family members caring for patients with cancer in the palliative period: A systematic review. Int J Nurs Knowl. 2024;35(2):136-151. doi:10.1111/2047-3095.12423 	RS	Incluye solo población adulta
<ul style="list-style-type: none"> Kleine AK, Hallensleben N, Mehnert A, Hönig K, Ernst J. Psychological interventions targeting partners of cancer patients: A systematic review. Crit Rev Oncol Hematol. 2019;140:52-66. doi:10.1016/j.critrevonc.2019.05.008 	RS	Incluye solo población adulta
<ul style="list-style-type: none"> Sánchez-Egea R, Rubio-Aparicio M, Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI. Psychological treatment for family members of children with cancer: A systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2019;28(5):960-969. doi:10.1002/pon.5052 	RS	No menciona si pacientes presentan dolor crónico.
<ul style="list-style-type: none"> Tang WP, Chan CW, Leung DY, Chan DN. The effects of psychoeducational interventions on caregivers of children with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Child Health Care. 2020;24(1):123-142. doi:10.1177/1367493518814917 	RS	No menciona si pacientes presentan dolor crónico.
<ul style="list-style-type: none"> Law EF, Fisher E, Fales J, Noel M, Eccleston C. Systematic review and meta-analysis of parent and family-based interventions for children and adolescents with chronic medical conditions. J Pediatr Psychol. 2014;39(8):866-886. doi:10.1093/jpepsy/jsu032 	RS	No reporta desenlaces para la población de niños con dolor crónico
<ul style="list-style-type: none"> Luo YH, Xia W, He XL, Zhang JP, Li HCW. Psychological interventions for enhancing resilience in parents of children with cancer: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2021;29(11):7101-7110. doi:10.1007/s00520-021-06344-0 	RS	No menciona si pacientes presentan dolor crónico y el único desenlace (resiliencia) es

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
		evaluado en los padres.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 4: Law E, Fisher E, Eccleston C, Palermo TM. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3(3):CD009660. Published 2019 Mar 18. doi:10.1002/14651858.CD009660.pub4	RS

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?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
5	Pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos	Comparaciones entre: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol, • Antinflamatorios no esteroideos, • Paracetamol + Antinflamatorios no esteroideos, y • Placebo 	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dolor • Alivio de los síntomas • Calidad de vida Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos gastrointestinales • Eventos adversos dermatológicos • Medicación de rescate • Satisfacción global con el tratamiento

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 5	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a junio 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 144 • Biblioteca Cochrane: 43 • Otras fuentes: 4 • Total de citaciones después de excluir duplicados: 144 	PICO N° 5	25	5
B	Búsqueda para las preguntas PICO N° 5	Búsqueda de ECA para actualizar	Desde setiembre 2016 de los	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 229 	PICO N° 5	0	0

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
		las RS de Eccleston 2017 y Cooper 2017	tiempos a junio 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Biblioteca Cochrane: 464 • Otras fuentes: 0 • Total de citas después de excluir duplicados: 574 			

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 5:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND (((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	"Acetaminophen"[Mesh] OR paracetamol[TIAB] OR acetaminophen[TIAB] OR Tylenol[TIAB] OR "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] OR NSAID*[TIAB] OR "non-steroidal anti-inflammatory*" [TIAB] OR Ibuprofen[TIAB] OR Naproxen[TIAB] OR Diclofenac[TIAB] OR pharmaco*[TIAB]
#3	Tipo de estudio	(systematic[sb] OR "Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: junio de 2025		
Filtros:		

- Ninguno

Término

- #1 MeSH descriptor: [Child] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Infant] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
- #5 child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw
- #6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
- #7 MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees
- #9 acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw
- #10 #7 OR #8 OR #9
- #11 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)
- #12 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)
- #13 #10 OR #11 OR #12
- #14 #6 AND #13
- #15 MeSH descriptor: [Acetaminophen] explode all trees
- #16 MeSH descriptor: [Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal] explode all trees
- #17 paracetamol:ti,ab,kw OR acetaminophen:ti,ab,kw OR tylenol:ti,ab,kw OR NSAID*:ti,ab,kw OR (non NEXT steroidal NEXT anti NEXT inflammatory*):ti,ab,kw OR ibuprofen:ti,ab,kw OR naproxen:ti,ab,kw OR diclofenac:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw
- #18 #15 OR #16 OR #17
- #19 #14 AND #18

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 5:		
<ul style="list-style-type: none"> Dundaru-Bandi D, Niburski K, Pitt R, Mohamed N, Gonzalez Cardenas VH, Einhorn LM, Ingelmo P. Risks and Benefits of Pharmacological Treatment for Pediatric Chronic Non-cancer Pain: When Safety Evidence Lags Behind Prescription Pads. Paediatr Drugs. 2025 May 10. doi: 10.1007/s40272-025-00698-2. 	Revisión	Es una revisión narrativa
<ul style="list-style-type: none"> van Teunenbroek KC, Mulder RL, Ahout IML, Bindels-de Heus KGCB, Delsman-van Gelder CM, Galimont-Collen AFS, de Groot MAR, Heitink-Polle KMJ, Looijestijn J, Mensink MO, Mulder S, Schieving JH, Schouten-van Meeteren AYN, Verheijden JMA, Rippen H, Borggreve BCM, Kremer LCM, Verhagen AAE, Michiels EMC; working groups symptom treatment and refractory symptom treatment of the Dutch paediatric palliative care guideline. A Dutch 	RS	Utiliza como referencia una RS ya incluida en esta pregunta

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment. BMC Palliat Care. 2024 Mar 13;23(1):72. doi: 10.1186/s12904-024-01367-w.		
<ul style="list-style-type: none"> Kasteler R, Fuchs P, Otth M, Scheinemann K. Interventions to improve neurocognitive late-effects in pediatric and adolescent CNS tumor patients and survivors - a systematic review. Front Oncol. 2023 May 2;13:1150166. doi: 10.3389/fonc.2023.1150166. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Lindbeck G, Shah MI, Braithwaite S, Powell JR, Panchal AR, Browne LR, Lang ES, Burton B, Coughenour J, Crowe RP, Degn H, Hedges M, Gasper J, Guild K, Mattera C, Nasca S, Taillac P, Warth M. Evidence-Based Guidelines for Prehospital Pain Management: Recommendations. Prehosp Emerg Care. 2023;27(2):144-153. doi: 10.1080/10903127.2021.2018073. 	GPC	Es una GPC que no realiza una RS sobre la pregunta
<ul style="list-style-type: none"> Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, Greenlee H, Leblanc T, Lee RT, Lopez AM, Loprinzi C, Lyman GH, MacLeod J, Master VA, Ramchandran K, Wagner LI, Walker EM, Bruner DW, Witt CM, Bruera E. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology-ASCO Guideline. J Clin Oncol. 2022 Dec 1;40(34):3998-4024. doi: 10.1200/JCO.22.01357. 	GPC	Evalúa intervenciones no farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> Birnie KA, Ouellette C, Do Amaral T, Stinson JN. Mapping the evidence and gaps of interventions for pediatric chronic pain to inform policy, research, and practice: A systematic review and quality assessment of systematic reviews. Can J Pain. 2020 Jun 19;4(1):129-148. doi: 10.1080/24740527.2020.1757384. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> Banerjee S, Butcher R. Pharmacological Interventions for Chronic Pain in Pediatric Patients: A Review of Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2020 May 5. 	Revisión	Es una revisión de GPCs
<ul style="list-style-type: none"> Loeffen EAH, Mulder RL, Font-Gonzalez A, Leroy PLJM, Dick BD, Taddio A, Ljungman G, Jibb LA, Tutelman PR, Lioffi C, Twycross A, Positano K, Knops RR, Wijnen M, van de Wetering MD, Kremer LCM, Dupuis LL, Campbell F, Tissing WJE. Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: A clinical practice guideline. Eur J Cancer. 2020 	GPC	Es una GPC que evalúa intervenciones para reducir el dolor y la angustia durante los procedimientos

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
May;131:53-67. doi: 10.1016/j.ejca.2020.02.039.		con agujas en niños con cáncer
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, Buckley B, Cooper TE, Sethna N, Eccleston C. 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. 2022 Jan 1;163(1):e1-e19. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002297. Erratum in: Pain. 2023 Feb 01;164(2):e121. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002844. 	RS	No evalúa las comparaciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Smith HAB, Besunder JB, Betters KA, Johnson PN, Srinivasan V, Stormorken A, Farrington E, Golianu B, Godshall AJ, Acinelli L, Almgren C, Bailey CH, Boyd JM, Cisco MJ, Damian M, deAlmeida ML, Fehr J, Fenton KE, Gilliland F, Grant MJC, Howell J, Ruggles CA, Simone S, Su F, Sullivan JE, Tegtmeyer K, Traube C, Williams S, Berkenbosch JW. 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility. Pediatr Crit Care Med. 2022 Feb 1;23(2):e74-e110. doi: 10.1097/PCC.0000000000002873. 	GPC	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Ministerios de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos en Pediatría. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). 2022. (Guías de Práctica Clínica en el SNS) 	GPC	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Guidelines on the management of chronic pain in children. Geneva: World Health Organization; 2020. PMID: 33433967. 	GPC	No evalúa las comparaciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Eccleston C, Fisher E, Cooper TE, Grégoire MC, Heathcote LC, Krane E, Lord SM, Sethna NF, Anderson AK, Anderson B, Clinch J, Gray AL, Gold JI, Howard RF, Ljungman G, Moore RA, Schechter N, Wiffen PJ, Wilkinson NMR, Williams DG, Wood C, van Tilburg MAL, Zernikow B. Pharmacological interventions for chronic pain in children: an overview of systematic reviews. Pain. 2019 Aug;160(8):1698-1707. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001609. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Ostojic K, Paget SP, Morrow AM. Management of pain in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2019 Mar;61(3):315-321. doi: 10.1111/dmcn.14088. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Boulkedid R, Abdou AY, Desselas E, Monégat M, de Leeuw TG, Avez-Couturier J, Dugue S, Mareau C, Charron B, Alberti C, Kaguelidou F; GAPP Consortium. The research gap in chronic paediatric pain: A systematic review of randomised controlled trials. Eur J Pain. 2018 Feb;22(2):261-271. doi: 10.1002/ejp.1137. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Moore RA, Derry S, Wiffen PJ, Straube S, Aldington DJ. Overview review: Comparative efficacy of oral ibuprofen and paracetamol (acetaminophen) across acute and chronic pain conditions. Eur J Pain. 2015 Oct;19(9):1213-23. doi: 10.1002/ejp.649. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas que junta niños y adultos
<ul style="list-style-type: none"> Beecham E, Candy B, Howard R, McCulloch R, Laddie J, Rees H, Vickerstaff V, Bluebond-Langner M, Jones L. Pharmacological interventions for pain in children and adolescents with life-limiting conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 13;2015(3):CD010750. doi: 10.1002/14651858.CD010750.pub2. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Standing JF, Savage I, Pritchard D, Waddington M. Diclofenac for acute pain in children. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7;(4):CD005538. doi: 10.1002/14651858.CD005538.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 02;(7):CD005538. 	RS	Su última versión fue retirada.
<ul style="list-style-type: none"> Kongsgaard U, Kaasa S, Dale O, Ottesen S, Nordøy T, Hessling SE, von Hofacker S, Bruland ØS, Lyngstadaas A. Palliative Treatment of Cancer-Related Pain [Internet]. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2005 Dec. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) No. 09-2005. PMID: 29320015. 	ETS	Es una evaluación de tecnología sanitaria (ETS) con acceso restringido que solo presenta un resumen narrativo de los resultados sin referencias.
<ul style="list-style-type: none"> Dancel R, Liles EA, Fiore D. Acute Pain Management in Hospitalized Children. Rev Recent Clin Trials. 2017;12(4):277-283. doi:10.2174/1574887112666170816151232 	RS	No se encontró el full text

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 5:	
<ul style="list-style-type: none"> Olejnik L, Lima JP, Sadeghirad B, Busse JW, Florez ID, Ali S, Bunker J, Jomaa D, Bleik A, Eltorki M. Pharmacologic Management of Acute Pain in Children: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025 Apr 1;179(4):407-417. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.5920. 	RS
<ul style="list-style-type: none"> Cooper TE, Fisher E, Anderson B, Wilkinson NM, Williams DG, Eccleston C. Paracetamol (acetaminophen) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 2;8(8):CD012539. doi: 10.1002/14651858.CD012539.pub2. 	RS No encontró ningún ECA Última búsqueda: 6 September 2016
<ul style="list-style-type: none"> Eccleston C, Cooper TE, Fisher E, Anderson B, Wilkinson NM. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 2;8(8):CD012537. doi: 10.1002/14651858.CD012537.pub2. 	RS No encontró ningún ECA Última búsqueda: 6 September 2016
<ul style="list-style-type: none"> Cooper TE, Heathcote LC, Anderson B, Grégoire MC, Ljungman G, Eccleston C. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 24;7(7):CD012563. doi: 10.1002/14651858.CD012563.pub2. 	RS No encontró ningún ECA Última búsqueda: 21 February 2017
<ul style="list-style-type: none"> Hartling L, Ali S, Dryden DM, Chordiya P, Johnson DW, Plint AC, Stang A, McGrath PJ, Drendel AL. How Safe Are Common Analgesics for the Treatment of Acute Pain for Children? A Systematic Review. Pain Res Manag. 2016;2016:5346819. doi: 10.1155/2016/5346819. 	RS

Búsqueda B: búsqueda de ECA para las preguntas PICO N° 5:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: junio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND (((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]))

		OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	"Acetaminophen"[Mesh] OR paracetamol[TIAB] OR acetaminophen[TIAB] OR Tylenol[TIAB] OR "Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal"[Mesh] OR NSAID*[TIAB] OR "non-steroidal anti-inflammatory*" [TIAB] OR Ibuprofen[TIAB] OR Naproxen[TIAB] OR Diclofenac[TIAB] OR pharmaco*[TIAB]
#3	Tipo de estudio	"Randomized Controlled Trial"[PT] or "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Base de datos: Biblioteca Cochrane

Fecha de búsqueda: junio de 2025

Filtros:

- Ninguno

Término

- #1 MeSH descriptor: [Child] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Infant] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
- #5 child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw
- #6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
- #7 MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees
- #9 acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw
- #10 #7 OR #8 OR #9
- #11 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)
- #12 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)
- #13 #10 OR #11 OR #12
- #14 #6 AND #13
- #15 MeSH descriptor: [Acetaminophen] explode all trees
- #16 MeSH descriptor: [Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal] explode all trees
- #17 paracetamol:ti,ab,kw OR acetaminophen:ti,ab,kw OR tylenol:ti,ab,kw OR NSAID*:ti,ab,kw OR (non NEXT steroidal NEXT anti NEXT inflammatory*):ti,ab,kw OR ibuprofen:ti,ab,kw OR naproxen:ti,ab,kw OR diclofenac:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw

#18	#15 OR #16 OR #17
#19	#14 AND #18

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 5:		
• Ninguno		

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 5:	
• Ninguno	

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?

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 1 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
6	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso tras medicación de primer escalón.	Comparaciones entre: <ul style="list-style-type: none"> • Opioides potentes (Morfina, Oxycodona) • Opioides potentes + analgésicos del primer escalón. • Placebo y/o analgésicos del primer escalón. 	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Calidad de vida • Alivio de los síntomas Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Medicación de rescate • Satisfacción global con el tratamiento

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizaron finalmente una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 6	Búsqueda de novo de RS de ECA o EO	Desde inicio de los tiempos a julio 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 121 • Cochrane Library: 5 • Total de estudios sin duplicar: 121 	PICO N° 6	11	3

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citaciones incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para la pregunta PICO N° 6:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed	
Fecha de búsqueda: julio 2025	
Filtros:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	
Descripción	Término

#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND (((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR ((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB] OR end of life[TIAB])))
#2	Intervención	("Analgesics, Opioid"[Mesh] OR opioid*[TIAB] OR opiate*[TIAB] OR "Morphine"[Mesh] OR morphine[TIAB] OR "Fentanyl"[Mesh] OR fentanyl[TIAB] OR "Oxycodone"[Mesh] OR oxycodone[TIAB] OR "Buprenorphine"[Mesh] OR buprenorphine[TIAB] OR "Methadone"[Mesh] OR methadone[TIAB])
#3	Tipo de estudio	(systematic[sb] OR "Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Desenlace	-
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

Base de datos: Cochrane library

Fecha de búsqueda: julio 2025

Filtros:

- RS

Descripción	Término
#1 MeSH descriptor: [Child] explode all trees	
#2 MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees	
#3 MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	
#4 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	
#5 child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw	
#6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	
#7 MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees	
#8 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees	
#9 acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw	
#10 #7 OR #8 OR #9	
#11 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)	
#12 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)	
#13 #10 OR #11 OR #12	
#14 #6 AND #13	

#15 MeSH descriptor: [Analgesics, Opioid] explode all trees
 #16 opioid*:ti,ab,kw OR opiate*:ti,ab,kw

#17 MeSH descriptor: [Morphine] explode all trees
 #18 MeSH descriptor: [Fentanyl] explode all trees
 #19 MeSH descriptor: [Oxycodone] explode all trees
 #20 MeSH descriptor: [Buprenorphine] explode all trees
 #21 MeSH descriptor: [Methadone] explode all trees

#22 morphine:ti,ab,kw OR fentanyl:ti,ab,kw OR oxycodone:ti,ab,kw OR buprenorphine:ti,ab,kw OR methadone:ti,ab,kw

#23 #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22
 #24 #14 AND #23

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 6:		
<ul style="list-style-type: none"> Mercadante S. Methadone for Cancer Pain Management in Children: A Review of Literature. <i>Drugs</i>. 2024;84(2):203-208. doi:10.1007/s40265-024-02001-y 	Revisión narrativa	No es una RS
<ul style="list-style-type: none"> Prescott MG, Iakovleva E, Simpson MR, et al. Intranasal analgesia for acute moderate to severe pain in children - a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Pediatr</i>. 2023;23(1):405. Published 2023 Aug 18. doi:10.1186/s12887-023-04203-x 	RS	Vía de administración no corresponde con ficha técnica en EsSalud
<ul style="list-style-type: none"> Benedetti F, Zoletto S, Salerno A, Avagnina I, Benini F. Old Drug, New Pain. Roles and Challenges of Methadone Therapy in Pediatric Palliative Care: A Systematic Review. <i>Front Pediatr</i>. 2022;10:874529. Published 2022 May 27. doi:10.3389/fped.2022.874529 	RS de series de casos	No grupo control.
<ul style="list-style-type: none"> Sharp D, Jaffrani A. A PRISMA Systematic Review on the Safety and Efficacy of Patient-Controlled Analgesia (PCA) in Pediatrics. <i>J Pediatr Nurs</i>. 2021;61:219-223. doi:10.1016/j.pedn.2021.06.002 	RS de diferentes tipos de estudios	RS incluye mini-review, cohorts, ECA.
<ul style="list-style-type: none"> Vicencio-Rosas E, Pérez-Guillé MG, Flores-Pérez C, Flores-Pérez J, Trujillo-Jiménez F, Chávez-Pacheco JL. Buprenorphine and pain treatment in pediatric patients: an update. <i>J Pain Res</i>. 2018;11:549-559. Published 2018 Mar 15. doi:10.2147/JPR.S153903 	Revisión narrativa	No es una RS.
<ul style="list-style-type: none"> Bao YJ, Hou W, Kong XY, et al. Hydromorphone for cancer pain. <i>Cochrane Database Syst Rev</i>. 2016;10(10):CD011108. Published 2016 Oct 11. doi:10.1002/14651858.CD011108.pub2 	RS	No incluido en el petitorio.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Schmidt-Hansen M, Bromham N, Taubert M, Arnold S, Hilgart JS. Buprenorphine for treating cancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015(3):CD009596. Published 2015 Mar 31. doi:10.1002/14651858.CD009596.pub4 	RS	No MA, población predominante: adultos.
<ul style="list-style-type: none"> Mudd S. Intranasal fentanyl for pain management in children: a systematic review of the literature. J Pediatr Health Care. 2011;25(5):316-322. doi:10.1016/j.pedhc.2010.04.011 	RS	Vía de administración no corresponde con ficha técnica en EsSalud.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 6:	
<ul style="list-style-type: none"> Cooper TE, Fisher E, Gray AL, et al. Opioids for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):CD012538. Published 2017 Jul 26. doi:10.1002/14651858.CD012538.pub2 	RS
<ul style="list-style-type: none"> Wiffen PJ, Cooper TE, Anderson AK, et al. Opioids for cancer-related pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):CD012564. Published 2017 Jul 19. doi:10.1002/14651858.CD012564.pub2 	RS
<ul style="list-style-type: none"> Olejnuk L, Lima JP, Sadeghirad B, et al. Pharmacologic Management of Acute Pain in Children: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025;179(4):407-417. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.5920 	RS

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

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 3 pregunta PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°7	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
7.1	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	• Anticonvulsivantes: gabapentina / Placebo	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Calidad de vida • Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos • Satisfacción global con el tratamiento
7.2		• Clonidina / Placebo	
7.3		• Antidepresivos: amitriptilina/ Placebo	

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 7	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a julio 2025	• PubMed: 139 • Biblioteca Cochrane: 36 • Otras fuentes: 0 • Total de citaciones después de excluir duplicados: 145	PICO N° 7.1	17	0
					PICO N° 7.2		0
					PICO N° 7.3		2
B	Búsqueda para las preguntas PICO N° 7	Búsqueda de ECA para actualizar la RS de Fisher 2020	Desde abril 2020 a julio 2025	• PubMed: 142 • Biblioteca Cochrane: 315 • Otras fuentes: 0 • Total de citaciones después de excluir	PICO N° 7.1	7	0
					PICO N° 7.2		0
					PICO N° 7.3		0

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
				duplicados: 440			
C	Búsqueda para las preguntas PICO N° 7	Búsqueda de estudios observacionales	Desde el inicio de los tiempos a julio 2025	<ul style="list-style-type: none"> PubMed: 572 Otras fuentes: 0 	PICO N° 7.1 PICO N° 7.2 PICO N° 7.3	4	0

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 7:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB] OR neuralgia[MH] OR neuralgia[TIAB] OR neuropath*[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Anticonvulsants"[MH] OR Anticonvulsants[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[MH] "Antidepressive Agents, Tricyclic"[MH] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors"[MH] OR "Serotonin Uptake Inhibitors"[TIAB] OR amitriptyline[TIAB] OR carbamazepine[TIAB] OR fluoxetine[TIAB] OR "Gabapentin"[MH] OR gabapentin[TIAB] OR paroxetine[TIAB] OR pregabalin[TIAB] OR "Clonidine"[MH] OR Clonidine[TIAB] OR pharmaco*[TIAB])
#3	Tipo de estudio	(systematic[sb] OR "Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR

		"Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: julio de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
Término		
#1	MeSH descriptor: [Child]	explode all trees
#2	MeSH descriptor: [Pediatrics]	explode all trees
#3	MeSH descriptor: [Infant]	explode all trees
#4	MeSH descriptor: [Adolescent]	explode all trees
#5	child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw	
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	
#7	MeSH descriptor: [Acute Pain]	explode all trees
#8	MeSH descriptor: [Chronic Pain]	explode all trees
#9	acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw	
#10	MeSH descriptor: [Neuralgia]	explode all trees
#11	(neuropath*:ti,ab,kw OR neuralgia:ti,ab,kw OR hyperalgesia:ti,ab,kw OR allodynia:ti,ab,kw OR dysesthesia:ti,ab,kw OR paresthesia:ti,ab,kw)	
#12	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	
#13	(palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)	
#14	(care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)	
#15	#12 OR #13 OR #14	
#16	#6 AND #15	
#17	MeSH descriptor: [Anticonvulsants]	explode all trees
#18	MeSH descriptor: [Antidepressive Agents]	explode all trees
#19	MeSH descriptor: [Clonidine]	explode all trees
#20	anticonvulsant*:ti,ab,kw OR antidepressive NEXT agent*:ti,ab,kw OR amitriptyline:ti,ab,kw OR carbamazepine:ti,ab,kw OR fluoxetine:ti,ab,kw OR clonidine:ti,ab,kw OR gabapentin:ti,ab,kw OR paroxetine:ti,ab,kw OR pregabalin:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw	
#21	#17 OR #18 OR #19 OR #20	
#22	#16 AND #21	

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 7:		
<ul style="list-style-type: none"> Dancel R, Liles EA, Fiore D. Acute Pain Management in Hospitalized Children. Rev Recent Clin Trials. 2017;12(4):277-283. doi:10.2174/1574887112666170816151232 	RS	No se encontró el full text.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Ostojic K, Paget SP, Morrow AM. Management of pain in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2019 Mar;61(3):315-321. doi: 10.1111/dmcn.14088. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Boulkedid R, Abdou AY, Desselas E, Monégat M, de Leeuw TG, Avez-Couturier J, Dugue S, Mareau C, Charron B, Alberti C, Kaguelidou F; GAPP Consortium. The research gap in chronic paediatric pain: A systematic review of randomised controlled trials. Eur J Pain. 2018 Feb;22(2):261-271. doi: 10.1002/ejp.1137. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.
<ul style="list-style-type: none"> van Teunenbroek KC, Mulder RL, Ahout IML, Bindels-de Heus KGCB, Delsman-van Gelder CM, Galimont-Collen AFS, de Groot MAR, Heitink-Polle KMJ, Looijestijn J, Mensink MO, Mulder S, Schieving JH, Schouten-van Meeteren AYN, Verheijden JMA, Rippen H, Borggreve BCM, Kremer LCM, Verhagen AAE, Michiels EMC; working groups symptom treatment and refractory symptom treatment of the Dutch paediatric palliative care guideline. A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment. BMC Palliat Care. 2024 Mar 13;23(1):72. doi: 10.1186/s12904-024-01367-w. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Letzkus L, Fehlings D, Ayala L, Byrne R, Gehred A, Maitre NL, Noritz G, Rosenberg NS, Tanner K, Vargus-Adams J, Winter S, Lewandowski DJ, Novak I. A Systematic Review of Assessments and Interventions for Chronic Pain in Young Children With or at High Risk for Cerebral Palsy. J Child Neurol. 2021 Aug;36(9):697-710. doi: 10.1177/0883073821996916. 	RS	No evalúa la población de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Olson K, Amari A. Self-reported Pain in Adolescents With Leukemia or a Brain Tumor: A Systematic Review. Cancer Nurs. 2015 Sep-Oct;38(5):E43-53. doi: 10.1097/NCC.0000000000000214. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Clarke H, Bonin RP, Orser BA, Englesakis M, Wijesundera DN, Katz J. The prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis. Anesth Analg. 2012 Aug;115(2):428-42. doi: 10.1213/ANE.0b013e318249d36e 	RS	No evalúa la población de interés.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Dundaru-Bandi D, Niburski K, Pitt R, Mohamed N, Gonzalez Cardenas VH, Einhorn LM, Ingelmo P. Risks and Benefits of Pharmacological Treatment for Pediatric Chronic Non-cancer Pain: When Safety Evidence Lags Behind Prescription Pads. Paediatr Drugs. 2025 May 10. doi: 10.1007/s40272-025-00698-2. 	Revisión	Es una revisión narrativa.
<ul style="list-style-type: none"> Straube S, Moore RA, Paine J, Derry S, Phillips CJ, Hallier E, McQuay HJ. Interference with work in fibromyalgia: effect of treatment with pregabalin and relation to pain response. BMC Musculoskelet Disord. 2011 Jun 3;12:125. doi: 10.1186/1471-2474-12-125. 	RS	No evalúa la población de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Cruccu G, Gronseth G, Alksne J, Argoff C, Brainin M, Burchiel K, Nurmikko T, Zakrzewska JM; American Academy of Neurology Society; European Federation of Neurological Society. AAN-EFNS guidelines on trigeminal neuralgia management. Eur J Neurol. 2008 Oct;15(10):1013-28. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02185.x 	GPC	No evalúa la población de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Olejnik L, Lima JP, Sadeghirad B, Busse JW, Florez ID, Ali S, Bunker J, Jomaa D, Bleik A, Eltorki M. Pharmacologic Management of Acute Pain in Children: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025 Apr 1;179(4):407-417. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.5920. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Eccleston C, Fisher E, Cooper TE, Grégoire MC, Heathcote LC, Krane E, Lord SM, Sethna NF, Anderson AK, Anderson B, Clinch J, Gray AL, Gold JI, Howard RF, Ljungman G, Moore RA, Schechter N, Wiffen PJ, Wilkinson NMR, Williams DG, Wood C, van Tilburg MAL, Zernikow B. Pharmacological interventions for chronic pain in children: an overview of systematic reviews. Pain. 2019 Aug;160(8):1698-1707. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001609. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas.
<ul style="list-style-type: none"> Minervini G, Marrapodi MM, Fiorillo L, Franco R, Cicciù M, Cervino G. Temporomandibular disorders and orofacial neuropathic pain in children and adolescents: a systematic review. J Clin Pediatr Dent. 2023 May;47(3):26-38. doi: 10.22514/jocpd.2023.019. 	RS	No se encontró el full text.
<ul style="list-style-type: none"> Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
setting. Pain Res Manag. 2008 Jan-Feb;13(1):51-7. doi: 10.1155/2008/465891.		
<ul style="list-style-type: none"> Birnie KA, Ouellette C, Do Amaral T, Stinson JN. Mapping the evidence and gaps of interventions for pediatric chronic pain to inform policy, research, and practice: A systematic review and quality assessment of systematic reviews. Can J Pain. 2020 Jun 19;4(1):129-148. doi: 10.1080/24740527.2020.1757384. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas.
<ul style="list-style-type: none"> Egunsola O, Wylie CE, Chitty KM, Buckley NA. Systematic Review of the Efficacy and Safety of Gabapentin and Pregabalin for Pain in Children and Adolescents. Anesth Analg. 2019 Apr;128(4):811-819. doi: 10.1213/ANE.0000000000003936. 	RS	No evalúa los desenlaces de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Cooper TE, Wiffen PJ, Heathcote LC, Clinch J, Howard R, Krane E, Lord SM, Sethna N, Schechter N, Wood C. Antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 5;8(8):CD012536. doi: 10.1002/14651858.CD012536.pub2. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 7.1: Gabapentina vs placebo	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia 	
PICO N° 7.2: Clonidina vs placebo	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia 	
PICO N° 7.3: Amitriptilina vs placebo	
<ul style="list-style-type: none"> Cooper TE, Heathcote LC, Clinch J, Gold JI, Howard R, Lord SM, Schechter N, Wood C, Wiffen PJ. Antidepressants for chronic non-cancer pain in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 5;8(8):CD012535. doi: 10.1002/14651858.CD012535.pub2. 	RS
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, Buckley B, Cooper TE, Sethna N, Eccleston C. 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. 2022 Jan 1;163(1):e1-e19. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002297. 	RS

Búsqueda B: búsqueda de ECA para las preguntas PICO N° 7:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> 2020 en adelante 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB] OR neuralgia[MH] OR neuralgia[TIAB] OR neuropath*[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB]))) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Anticonvulsants"[MH] OR Anticonvulsants[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[MH] "Antidepressive Agents, Tricyclic"[MH] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors"[MH] OR "Serotonin Uptake Inhibitors"[TIAB] OR amitriptyline[TIAB] OR carbamazepine[TIAB] OR fluoxetine[TIAB] OR "Gabapentin"[MH] OR gabapentin[TIAB] OR paroxetine[TIAB] OR pregabalin[TIAB] OR "Clonidine"[MH] OR Clonidine[TIAB] OR pharmaco*[TIAB])
#3	Tipo de estudio	"Randomized Controlled Trial"[PT] or "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: julio de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> 2020 en adelante 		
	Término	
#1	MeSH descriptor: [Child] explode all trees	
#2	MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees	
#3	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	
#4	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	

```
#5  child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR
paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR
teen*:ti,ab,kw
#6  #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
#7  MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees
#8  MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees
#9  acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw
#10 MeSH descriptor: [Neuralgia] explode all trees
#11 (neuropath*:ti,ab,kw OR neuralgia:ti,ab,kw OR hyperalgesia:ti,ab,kw OR
allodynia:ti,ab,kw OR dysesthesia:ti,ab,kw OR paresthesia:ti,ab,kw)
#12 #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
#13 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR
therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)
#14 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of
NEXT life:ti,ab,kw)
#15 #12 OR #13 OR #14
#16 #6 AND #15
#17 MeSH descriptor: [Anticonvulsants] explode all trees
#18 MeSH descriptor: [Antidepressive Agents] explode all trees
#19 MeSH descriptor: [Clonidine] explode all trees
#20 anticonvulsant*:ti,ab,kw OR antidepressive NEXT agent*:ti,ab,kw OR
amitriptyline:ti,ab,kw OR carbamazepine:ti,ab,kw OR fluoxetine:ti,ab,kw OR
clonidine:ti,ab,kw OR gabapentin:ti,ab,kw OR paroxetine:ti,ab,kw OR
pregabalin:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw
#21 #17 OR #18 OR #19 OR #20
#22 #16 AND #21
```

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 7:		
<ul style="list-style-type: none"> Calvo M, Tejos-Bravo M, Passi-Solar A, Espinoza F, Fuentes I, Lara-Corrales I, Pope E. Pregabalin for Neuropathic Pain and Itch in Recessive Dystrophic Epidermolysis Bullosa: A Randomized Crossover Trial. JAMA Dermatol. 2024 Dec 1;160(12):1314-1319. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.3767. 	ECA	No evalúa la población de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Sinha C, Kumar A, Kumar A, Kumari P, Kumar A, Kumar B. Perioperative role of oral gabapentin as an analgesic in paediatric patients: A randomised controlled trial. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2023 Oct-Dec;39(4):539-543. doi: 10.4103/joacp.joacp_503_21. 	ECA	No se evalúa los desenlaces de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Jung JM, Chung CK, Kim CH, Yang SH, Choi Y. Comparison of the use of opioids only and pregabalin add-on for the treatment of neuropathic pain in cervical myelopathy patients: a pilot trial. Sci Rep. 2020 May 15;10(1):8120. doi: 10.1038/s41598-020-65108-8. 	ECA	No evalúa la intervención de interés.
<ul style="list-style-type: none"> Comparison of two drugs for reducing pain intensity in children with neuropathic pain. Cochrane Library. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02807847/full 	ECA	Protocolo de ensayo clínico.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Investigating the effect of Duloxetine in improving complications caused by vincristine treatment in children with cancer. Cochrane Library. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02722440/full 	ECA	Protocolo de ensayo clínico.
<ul style="list-style-type: none"> Efficacy of Gabapentin in Treating Pain in Children With SNI (Gabapentin Trial). Cochrane Library. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02197332/full 	ECA	Protocolo de ensayo clínico.
<ul style="list-style-type: none"> Calvo M, Tejos-Bravo M, Passi-Solar A, Espinoza F, Fuentes I, Lara-Corrales I, Pope E. Pregabalin for Neuropathic Pain and Itch in Recessive Dystrophic Epidermolysis Bullosa: A Randomized Crossover Trial. JAMA Dermatol. 2024 Dec 1;160(12):1314-1319. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.3767. 	ECA	No evalúa la intervención de interés.

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 7:	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia. 	

Búsqueda C: búsqueda de estudios observacionales para las preguntas PICO N° 7:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB] OR neuralgia[MH] OR neuralgia[TIAB] OR neuropath*[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Anticonvulsants"[MH] OR Anticonvulsants[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[TIAB] OR "Antidepressive Agents"[MH] "Antidepressive Agents, Tricyclic"[MH] OR "Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors"[MH] OR "Serotonin Uptake Inhibitors"[TIAB] OR amitriptyline[TIAB] OR carbamazepine[TIAB] OR fluoxetine[TIAB] OR "Gabapentin"[MH] OR gabapentin[TIAB] OR paroxetine[TIAB] OR pregabalin[TIAB] OR "Clonidine"[MH] OR Clonidine[TIAB])
#3	Tipo de estudio	-
#4	Término final	#1 AND #2

Listado de citas evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 7:		
<ul style="list-style-type: none"> Drake R, Prael G, Phyo Y, Chang S, Hunt J, Herbert A, Mott C, Hynson J, Phillips M, Cossich M, Mherekumombe M, Kim MS, Chong PH, Abitz M, Bernada M, Avery M, Doogue M, Rowett D, Currow D. Gabapentin for Pain in Pediatric Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2024 Mar;67(3):212-222.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.11.011. 	Estudio prospectivo	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Donado C, Nedeljkovic K, Wangnamthip S, Solodiuk JC, Bourgeois FT, Berde CB. Trends in Gabapentin and Pregabalin Prescribing in a Tertiary Pediatric Medical Center. Hosp Pediatr. 2021 Aug;11(8):909-914. doi: 10.1542/hpeds.2020-003582. 	Estudio retrospectivo	No evalúa la comparación y desenlaces de interés
<ul style="list-style-type: none"> Healy P, Verrest L, Felisi M, Ceci A, Della Pasqua O; GAPP Consortium. Dose rationale for gabapentin 	Estudio de farmacocinética	No evalúa la comparación

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
and tramadol in pediatric patients with chronic pain. Pharmacol Res Perspect. 2023 Oct;11(5):e01138. doi: 10.1002/prp2.1138.		y desenlaces de interés
<ul style="list-style-type: none"> Collins A, Mannion R, Broderick A, Hussey S, Devins M, Bourke B. Gabapentin for the treatment of pain manifestations in children with severe neurological impairment: a single-centre retrospective review. BMJ Paediatr Open. 2019 Jul 21;3(1):e000467. doi: 10.1136/bmjpo-2019-000467. 	Estudio retrospectivo	No evalúa la comparación de interés

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 7:	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia de estudios observacionales. 	

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

Resumen de la búsqueda por cada pregunta PICO:

Esta pregunta clínica tuvo 2 preguntas PICO, cuyas características se resumen a continuación:

Pregunta PICO N°8	Paciente o problema	Intervención/ Comparador	Desenlaces
8.1	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Baclofeno + analgesico (opioide) / Analgesico (opioide) 	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Satisfacción global con el tratamiento
8.2	Pacientes menores de 18 años que requieran cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Ketamina + analgesico (opioide) / Analgesico (opioide) 	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Dolor Calidad de vida Discapacidad funcional Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Eventos adversos Satisfacción global con el tratamiento

Estrategias de las búsquedas realizadas y listado de las citaciones evaluadas:

Para responder dichas preguntas PICO, se realizó una búsqueda bibliográfica:

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citaciones identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
A	Búsqueda para las preguntas PICO N° 8	Búsqueda de novo de RS de ECA	Desde el inicio de los tiempos a julio 2025	<ul style="list-style-type: none"> PubMed: 116 Biblioteca Cochrane: 31 Otras fuentes: 0 Total de citaciones después de excluir duplicados: 119 	PICO N° 8.1	22	0
					PICO N° 8.2		0

Búsqueda	Preguntas PICO	Tipo de búsqueda y tipos de estudios buscados	Fechas de búsqueda (desde, hasta)	Número de citas identificadas en cada fuente	PICO	Citaciones evaluadas a texto completo	Artículos incluidos
B	Búsqueda para las preguntas PICO N° 8	Búsqueda de ECA para actualizar la RS de Ostojic 2018 y Alshahrani 2021	Desde abril 2018 a julio 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 170 • Biblioteca Cochrane: 315 • Otras fuentes: 0 • Total de citas después de excluir duplicados: 485 	PICO N° 8.1	5	0
					PICO N° 8.2		0
C	Búsqueda para las preguntas PICO N° 8	Búsqueda de estudios observacionales	Desde el inicio de los tiempos a julio 2025	<ul style="list-style-type: none"> • PubMed: 172 • Otras fuentes: 0 	PICO N° 8.1	4	0
					PICO N° 8.2		

A continuación, se presentará la estrategia de búsqueda y las listas de citas incluidas y excluidas para cada una:

Búsqueda A: búsqueda de RS para las preguntas PICO N° 8:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Baclofen"[Mesh] OR "baclofen"[tiab] OR "Chlorophenyl GABA"[TIAB] OR "PCP-GABA"[TIAB] OR "Baclophen"[TIAB] OR "Lioresal"[TIAB] OR "Ba-34,647"[TIAB] OR "Ba-34647"[TIAB] OR "Genpharm"[TIAB] OR "Atrofen"[TIAB] OR "Ketamine"[Mesh] OR "Ketamine"[tiab] OR "Ketalar"[TIAB] OR

		"CI-581"[TIAB] OR "Ketanest"[TIAB] OR "Calipsol"[TIAB] OR pharmaco*[TIAB])
#3	Tipo de estudio	(systematic[sb] OR "Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

Base de datos: Biblioteca Cochrane

Fecha de búsqueda: julio de 2025

Filtros:

- Ninguno

Término

- #1 MeSH descriptor: [Child] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Infant] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees
- #5 child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw
- #6 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5
- #7 MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees
- #9 acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw
- #10 #7 OR #8 OR #9
- #11 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)
- #12 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)
- #13 #10 OR #11 OR #12
- #14 MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees
- #15 MeSH descriptor: [Baclofen] explode all trees
- #16 baclofen:ti,ab,kw OR chlorophenyl AND gaba:ti,ab,kw OR pcp-gaba:ti,ab,kw OR baclophen:ti,ab,kw OR lioresal:ti,ab,kw OR genpharm:ti,ab,kw OR atrofén:ti,ab,kw OR ketamine:ti,ab,kw OR ketalar:ti,ab,kw OR ci-581:ti,ab,kw OR ketanest:ti,ab,kw OR calipsol:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw
- #17 #14 OR #15 OR #16
- #18 #6 AND #13 AND #17

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 8:		
<ul style="list-style-type: none"> • Dancel R, Liles EA, Fiore D. Acute Pain Management in Hospitalized Children. Rev Recent Clin Trials. 2017;12(4):277-283. doi:10.2174/1574887112666170816151232 	RS	No se encontró el full text

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<ul style="list-style-type: none"> Boulkedid R, Abdou AY, Desselas E, Monégat M, de Leeuw TG, Avez-Couturier J, Dugue S, Mareau C, Charron B, Alberti C, Kaguelidou F; GAPP Consortium. The research gap in chronic paediatric pain: A systematic review of randomised controlled trials. Eur J Pain. 2018 Feb;22(2):261-271. doi: 10.1002/ejp.1137. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> van Teunenbroek KC, Mulder RL, Ahout IML, Bindels-de Heus KGCB, Delsman-van Gelder CM, Galimont-Collen AFS, de Groot MAR, Heitink-Polle KMJ, Looijestijn J, Mensink MO, Mulder S, Schieving JH, Schouten-van Meeteren AYN, Verheijden JMA, Rippen H, Borggreve BCM, Kremer LCM, Verhagen AAE, Michiels EMC; working groups symptom treatment and refractory symptom treatment of the Dutch paediatric palliative care guideline. A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment. BMC Palliat Care. 2024 Mar 13;23(1):72. doi: 10.1186/s12904-024-01367-w. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Eccleston C, Fisher E, Cooper TE, Grégoire MC, Heathcote LC, Krane E, Lord SM, Sethna NF, Anderson AK, Anderson B, Clinch J, Gray AL, Gold JI, Howard RF, Ljungman G, Moore RA, Schechter N, Wiffen PJ, Wilkinson NMR, Williams DG, Wood C, van Tilburg MAL, Zernikow B. Pharmacological interventions for chronic pain in children: an overview of systematic reviews. Pain. 2019 Aug;160(8):1698-1707. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001609. 	RS	Es una RS de revisiones sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> Stinson J, Yamada J, Dickson A, Lamba J, Stevens B. Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. Pain Res Manag. 2008 Jan-Feb;13(1):51-7. doi: 10.1155/2008/465891. 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Fisher E, Villanueva G, Henschke N, Nevitt SJ, Zempsky W, Probyn K, Buckley B, Cooper TE, Sethna N, Eccleston C. 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. 2022 Jan 1;163(1):e1-e19. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002297 	RS	No evalúa las intervenciones de interés
<ul style="list-style-type: none"> Ying M, Zuo Y. Efficacy of Low-dose Ketamine for Control of Acute Pain in the Emergency Setting: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. West J Emerg Med. 	RS	No evalúa la población de interés

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
2023 May 9;24(3):644-653. doi: 10.5811/westjem.2023.2.58368.		
<ul style="list-style-type: none"> Lindbeck G, Shah MI, Braithwaite S, Powell JR, Panchal AR, Browne LR, Lang ES, Burton B, Coughenour J, Crowe RP, Degn H, Hedges M, Gasper J, Guild K, Mattera C, Nasca S, Taillac P, Warth M. Evidence-Based Guidelines for Prehospital Pain Management: Recommendations. Prehosp Emerg Care. 2023;27(2):144-153. doi: 10.1080/10903127.2021.2018073. 	RS	No evalúa la población de interés
<ul style="list-style-type: none"> Abebe Y, Hetmann F, Sumera K, Holland M, Staff T. The effectiveness and safety of paediatric prehospital pain management: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021 Dec 11;29(1):170. doi: 10.1186/s13049-021-00974-3. 	RS	No evalúa la intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Birnie KA, Ouellette C, Do Amaral T, Stinson JN. Mapping the evidence and gaps of interventions for pediatric chronic pain to inform policy, research, and practice: A systematic review and quality assessment of systematic reviews. <i>Can J Pain</i>. 2020;4(1):129-148. Published 2020 Jun 19. doi:10.1080/24740527.2020.1757384 	RS	Es una revisión de revisiones sistemáticas
<ul style="list-style-type: none"> Letzkus L, Fehlings D, Ayala L, Byrne R, Gehred A, Maitre NL, Noritz G, Rosenberg NS, Tanner K, Vargus-Adams J, Winter S, Lewandowski DJ, Novak I. A Systematic Review of Assessments and Interventions for Chronic Pain in Young Children With or at High Risk for Cerebral Palsy. <i>J Child Neurol</i>. 2021 Aug;36(9):697-710. doi: 10.1177/0883073821996916. 	RS	No evalúa la intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Bredlau AL, Thakur R, Korones DN, Dworkin RH. Ketamine for pain in adults and children with cancer: a systematic review and synthesis of the literature. <i>Pain Med</i>. 2013 Oct;14(10):1505-17. doi: 10.1111/pme.12182. 	RS	No evalúa la población de interés
<ul style="list-style-type: none"> Olejnik L, Lima JP, Sadeghirad B, Busse JW, Florez ID, Ali S, Bunker J, Jomaa D, Bleik A, Eltorki M. Pharmacologic Management of Acute Pain in Children: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. <i>JAMA Pediatr</i>. 2025 Apr 1;179(4):407-417. doi: 10.1001/jamapediatrics.2024.5920. 	RS	No evalúa la vía de intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Prescott MG, Iakovleva E, Simpson MR, Pedersen SA, Munblit D, Vallersnes OM, Austad B. Intranasal analgesia for acute moderate to severe pain in children - a systematic review and meta- 	RS	No evalúa la vía de intervención de interés

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
analysis. BMC Pediatr. 2023 Aug 18;23(1):405. doi: 10.1186/s12887-023-04203-x. PMID: 37596559; PMCID: PMC10436645.		
<ul style="list-style-type: none"> Alanazi E. The Effectiveness of Ketamine Compared to Opioid Analgesics for management of acute pain in Children in The Emergency Department: systematic Review. Am J Emerg Med. 2022 Nov;61:143-151. doi: 10.1016/j.ajem.2022.08.004. 	RS	No evalúa la vía de intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Oliveira J E Silva L, Lee JY, Bellolio F, Homme JL, Anderson JL. Intranasal ketamine for acute pain management in children: A systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med. 2020;38(9):1860-1866. doi:10.1016/j.ajem.2020.05.094 	RS	No evalúa la vía de intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Ferguson CL, Beckett RD. Intranasal Ketamine for Treatment of Acute Pain in Pediatrics: A Systematic Review. Pediatr Emerg Care. 2020 Aug;36(8):e476-e481. doi: 10.1097/PEC.0000000000002181 	RS	No evalúa la vía de intervención de interés
<ul style="list-style-type: none"> Benini F, Congedi S, Giacomelli L, Papa S, Shah A, Milani G. Refractory symptoms in paediatric palliative care: can ketamine help?. <i>Drugs Context</i>. 2021;10:2021-2-5. Published 2021 May 19. doi:10.7573/dic.2021-2-5 	RS	Es una revisión de literatura
<ul style="list-style-type: none"> Ostojic K, Paget SP, Morrow AM. Management of pain in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2019 Mar;61(3):315-321. doi: 10.1111/dmcn.14088. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30378122. 	RS	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Shearer HM, Verville L, Côté P, Hogg-Johnson S, Fehlings DL. Clinical course of pain intensity in individuals with cerebral palsy: A prognostic systematic review. Dev Med Child Neurol. 2023 Jan;65(1):24-37. doi: 10.1111/dmcn.15358. Epub 2022 Jul 24. PMID: 35871758. 	RS	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Beecham E, Candy B, Howard R, McCulloch R, Laddie J, Rees H, Vickerstaff V, Bluebond-Langner M, Jones L. Pharmacological interventions for pain in children and adolescents with life-limiting conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 13;2015(3):CD010750. doi: 10.1002/14651858.CD010750.pub2. 	RS	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Alshahrani MS, Alghamdi MA. Ketamine for Sickle Cell Vaso-Occlusive Crises: A Systematic Review. Saudi J Med Med Sci. 2021 Jan-Apr;9(1):3-9. doi: 10.4103/sjmmms.sjmmms_218_20. 	RS	No evalúa la comparación de interés

Listado de citas evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 8.1: Baclofeno	
<ul style="list-style-type: none">No se encontró evidencia.	
PICO N°8.2: Ketamina	
<ul style="list-style-type: none">No se encontró evidencia.	

Búsqueda B: búsqueda de ECA para las preguntas PICO N° 8:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> 2018 en adelante 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Baclofen"[Mesh] OR "baclofen"[tiab] OR "Chlorophenyl GABA"[TIAB] OR "PCP-GABA"[TIAB] OR "Baclophen"[TIAB] OR "Lioresal"[TIAB] OR "Ba-34,647"[TIAB] OR "Ba-34647"[TIAB] OR "Genpharm"[TIAB] OR "Atrofen"[TIAB] OR "Ketamine"[Mesh] OR "Ketamine"[tiab] OR "Ketalar"[TIAB] OR "CI-581"[TIAB] OR "Ketanest"[TIAB] OR "Calipsol"[TIAB] OR pharmaco*[TIAB])
#3	Tipo de estudio	"Randomized Controlled Trial"[PT] or "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Clinical Trial, Phase III"[PT] OR "Clinical Trial, Phase II"[PT] OR "Double-Blind Method"[Mesh] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Single-Blind Method"[Mesh] OR (random*[TIAB]) OR ((randomized[TIAB] OR randomised[TIAB] OR clinical[TIAB] OR control*[TIAB]) AND trial[TIAB]) OR ((singl*[TIAB] OR doubl*[TIAB] OR trebl*[TIAB] OR tripl*[TIAB]) AND (blind*[TIAB] OR mask*[TIAB])) OR ("Placebos"[Mesh] OR placebo*[TIAB]) OR ("Cross-Over Studies"[Mesh]) OR ((crossover[TIAB] OR cross-over[TIAB] OR "cross over"[TIAB]) AND (design*[TIAB] OR study[TIAB] OR studies[TIAB] OR procedure*[TIAB] OR trial*[TIAB]))
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3
Base de datos: Biblioteca Cochrane		
Fecha de búsqueda: julio de 2025		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> 2018 en adelante 		
	Término	
#1	MeSH descriptor: [Child] explode all trees	
#2	MeSH descriptor: [Pediatrics] explode all trees	
#3	MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	
#4	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	
#5	child*:ti,ab,kw OR pediatric*:ti,ab,kw OR infant*:ti,ab,kw OR paediatric*:ti,ab,kw OR kid:ti,ab,kw OR kids:ti,ab,kw OR adolescen*:ti,ab,kw OR teen*:ti,ab,kw	
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	

- #7 MeSH descriptor: [Acute Pain] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Chronic Pain] explode all trees
- #9 acute NEXT pain:ti,ab,kw OR chronic NEXT pain:ti,ab,kw
- #10 #7 OR #8 OR #9
- #11 (palliative:ti,ab,kw) AND (care:ti,ab,kw OR treatment:ti,ab,kw OR therapy:ti,ab,kw OR medicine:ti,ab,kw)
- #12 (care:ti,ab,kw) AND (supportive:ti,ab,kw OR terminal:ti,ab,kw OR end NEXT of NEXT life:ti,ab,kw)
- #13 #10 OR #11 OR #12
- #14 MeSH descriptor: [Ketamine] explode all trees
- #15 MeSH descriptor: [Baclofen] explode all trees
- #16 baclofen:ti,ab,kw OR chlorophenyl AND gaba:ti,ab,kw OR pcp-gaba:ti,ab,kw OR baclophen:ti,ab,kw OR lioresal:ti,ab,kw OR genpharm:ti,ab,kw OR atrofén:ti,ab,kw OR ketamine:ti,ab,kw OR ketalar:ti,ab,kw OR ci-581:ti,ab,kw OR ketanest:ti,ab,kw OR calipsol:ti,ab,kw OR pharmaco*:ti,ab,kw
- #17 #14 OR #15 OR #16
- #18 #6 AND #13 AND #17

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 8:		
<ul style="list-style-type: none"> Perelló M, Artés D, Pascuets C, Esteban E, Ey Batlle AM. Prolonged Perioperative Low-Dose Ketamine Does Not Improve Short and Long-term Outcomes After Pediatric Idiopathic Scoliosis Surgery. <i>Spine (Phila Pa 1976)</i>. 2017 Mar;42(5):E304-E312. doi: 10.1097/BRS.0000000000001772 	ECA	No evalúa la población de interés
<ul style="list-style-type: none"> Reynolds SL, Bryant KK, Studnek JR, Hogg M, Dunn C, Templin MA, Moore CG, Young JR, Walker KR, Runyon MS. Randomized Controlled Feasibility Trial of Intranasal Ketamine Compared to Intranasal Fentanyl for Analgesia in Children with Suspected Extremity Fractures. <i>Acad Emerg Med</i>. 2017 Dec;24(12):1430-1440. doi: 10.1111/acem.13313. 	ECA	No evalúa la población de interés
<ul style="list-style-type: none"> McMullan J, Droege C, Strilka R, Hart K, Lindsell C. Intranasal Ketamine as an Adjunct to Fentanyl for the Prehospital Treatment of Acute Traumatic Pain: Design and Rationale of a Randomized Controlled Trial. <i>Prehosp Emerg Care</i>. 2021 Jul-Aug;25(4):519-529. doi: 10.1080/10903127.2020.1808746. 	ECA	No evalúa la población de interés
<ul style="list-style-type: none"> Bonouvrié LA, Becher JG, Vles JS, et al. Intrathecal baclofen treatment in dystonic cerebral palsy: a randomized clinical trial: the IDYS trial. <i>BMC Pediatr</i>. 2013;13:175. Published 2013 Oct 28. doi:10.1186/1471-2431-13-175 	ECA	Es un protocolo de ensayo clínico
<ul style="list-style-type: none"> Bonouvrié LA, van Schie PE, Becher JG, van Ouwerkerk WJ, Reeuwijk A, Jeroen Vermeulen R. Effects of intrathecal baclofen on daily care in children with 	ECA	Es un estudio piloto

secondary generalized dystonia: a pilot study. Eur J Paediatr Neurol. 2011 Nov;15(6):539-43. doi: 10.1016/j.ejpn.2011.05.003.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 8:	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró ECA 	

Búsqueda C: búsqueda de estudios observacionales para las preguntas PICO N° 8:

Estrategia de búsqueda:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: julio de 2025.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 		
	Descripción	Término
#1	Población	((child[MH] OR pediatrics[MH] OR infant[MH] OR child*[TIAB] OR pediatric*[TIAB] OR infan*[TIAB] OR paediatric*[TIAB] OR kid[TIAB] OR kids[TIAB] OR "Adolescent"[MH] OR adolescen*[TIAB] OR teen*[TIAB])) AND ((acute pain[MH] OR acute pain[TIAB] OR chronic pain[MH] OR chronic pain[TIAB]) OR ((palliative[TIAB]) AND (care[TIAB] OR treatment[TIAB] OR therapy[TIAB] OR medicine[TIAB])) OR (((care[TIAB]) AND (supportive[TIAB] OR terminal[TIAB])) OR end of life[TIAB]))
#2	Intervención	("Baclofen"[Mesh] OR "baclofen"[tiab] OR "Chlorophenyl GABA"[TIAB] OR "PCP-GABA"[TIAB] OR "Baclophen"[TIAB] OR "Lioresal"[TIAB] OR "Ba-34,647"[TIAB] OR "Ba-34647"[TIAB] OR "Genpharm"[TIAB] OR "Atrofen"[TIAB] OR "Ketamine"[Mesh] OR "Ketamine"[tiab] OR "Ketalar"[TIAB] OR "CI-581"[TIAB] OR "Ketanest"[TIAB] OR "CalipsoI"[TIAB])
#3	Tipo de estudio	-
#4	Término final	#1 AND #2

Listado de citaciones evaluadas a texto completo y **excluidas**:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
PICO N° 8:		
<ul style="list-style-type: none"> Finkel JC, Pestieau SR, Quezado ZM. Ketamine as an adjuvant for treatment of cancer pain in children and adolescents. J Pain. 2007 Jun;8(6):515-21. doi: 10.1016/j.jpain.2007.02.429. 	Serie de casos	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Taylor M, Jakacki R, May C, Howrie D, Maurer S. Ketamine PCA for treatment of end-of-life neuropathic pain in pediatrics. Am J Hosp Palliat Care. 2015 Dec;32(8):841-8. doi: 10.1177/1049909114543640 	Estudio retrospectivo	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Conway M, White N, Jean CS, Zempsky WT, Steven K. Use of continuous intravenous ketamine for end-stage cancer pain in children. J Pediatr Oncol Nurs. 2009 Mar-Apr;26(2):100-6. doi: 10.1177/1043454208328768 	Serie de casos	No evalúa la comparación de interés
<ul style="list-style-type: none"> Courade M, Bertrand A, Guerrini-Rousseau L, Pagnier A, Levy D, Lervat C, Cojean N, Ribault A, Dugue S, Thouvenin S, Pigué C, Schmitt C, 	Estudio prospectivo	No evalúa la comparación de interés

Marec-Berard P. Low-dose ketamine adjuvant treatment for refractory pain in children, adolescents and young adults with cancer: a pilot study. BMJ Support Palliat Care. 2022 Nov;12(e5):e656-e663. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001739.

Listado de citaciones evaluadas a texto completo e **incluidas**:

Estudios	Tipo de estudio
PICO N° 8:	
<ul style="list-style-type: none"> No se encontró evidencia de estudios observacionales. 	

Anexo N° 3: Tablas de evaluación de calidad y riesgo de sesgo en los estudios

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

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Fisher (2022)
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?	✓
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?*	✓
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?*	
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓
Puntaje	10/11

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

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

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Fisher (2022)
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?	✓
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? *	✓
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión? *	
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓
Puntaje	10/11

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

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?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Law 2019
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?	✓
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? *	✓
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión? *	✓
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓
Puntaje	11/11

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

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?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Olejnik (2025)	Cooper (2017)	Eccleston (2022)	Cooper (2017)	Hartling (2016)
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓	✓	✓	✓	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓	✓	✓	✓	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓	✓	✓	✓	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓	✓	✓	✓	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓				✓
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓				
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?	✓				✓
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?*	✓				✓
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?*					
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓	✓	✓	✓	✓
Puntaje	10/10	6/6	6/6	6/6	9/11

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

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?

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Olejnik 2025	Cooper 2017	Wiffen 2017
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓	✓	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓	✓	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓	✓	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓	✓	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓	✓	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓		
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓		
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?			
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? *	✓		
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión? *	✓		
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓	✓	✓
Puntaje	10/10	6/6	6/6

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

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

Evaluación de las RS con el instrumento AMSTAR-2 modificado por IETSI-EsSalud:

Ítems del instrumento	Cooper (2017)	Fisher (2020)
1. ¿Se incluyen claramente los componentes de la pregunta PICO? (en los criterios de selección, el objetivo, o la pregunta de investigación)	✓	✓
2. ¿Los autores de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	✓	✓
3. ¿Los autores de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	✓	✓
4. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	✓	✓
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	✓	✓
6. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle? (usualmente en una tabla colocada ya sea en el artículo o en el material complementario)	✓	✓
7. ¿Los autores de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	✓	✓
8. ¿Los autores de la revisión reportaron las fuentes de financiamiento de los estudios incluidos en la revisión?	✓	✓
9. Si se realizó un meta-análisis, ¿los autores de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados? *		✓
10. Si se realizó algún meta-análisis con al menos 10 estudios, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión? *		
11. ¿Los autores de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	✓	✓
Puntaje	9/9	10/10

*El ítem 9 solo fue evaluado cuando la revisión sistemática realizó meta-análisis. El ítem 10 solo fue evaluado cuando se contó con algún meta-análisis con al menos 10 estudios.

Anexo N° 4: Selección de recomendaciones trazadoras para evaluar la adherencia a la GPC

Para la priorización de recomendaciones trazadoras, el GEG valoró las recomendaciones de la GPC, por cada criterio: impacto clínico en el paciente, impacto en el proceso de atención y costos de implementación, asignándose puntajes a cada una de las recomendaciones del 1 al 5, como se detalla:

Criterio	Definición operacional	Valoración y Ponderación
Impacto clínico en el paciente	Se refiere a que tanto va a impactar la implementación de la recomendación en mejorar o resolver el problema de salud del paciente. <i>Por ejemplo, si la implementación de un enunciado mejorará de forma importante la supervivencia de los pacientes, este enunciado tendrá un impacto muy alto.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy alto: 5 ● Alto: 4 ● Medio: 3 ● Bajo: 2 <p>Muy bajo: 1</p>
Impacto en el proceso de atención	Se refiere a que tanto va a impactar la implementación de la recomendación para optimizar el proceso de atención del paciente. <i>Por ejemplo: Si la intervención tiene un alcance mayor, es decir que podría implementarse en una gran cantidad de establecimientos de salud y favorecer a una gran cantidad de pacientes, el puntaje es mayor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy alto: 5 ● Alto: 4 ● Medio: 3 ● Bajo: 2 <p>● Muy bajo: 1</p>
Costos de implementación	Se refiere a la estimación de costos que generaría la implementación de la recomendación. Mientras más costosa sería la implementación de la recomendación, el puntaje que se asigna es menor; y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> ● Muy bajo costo: 5 ● Bajo costo: 4 ● Medio: 3 ● Alto costo: 2 ● Muy alto costo: 1

Se promediaron los puntajes asignados por cada criterio, se sumaron, y se adicionó el puntaje correspondiente, en función al tipo de enunciado:

Tipo de enunciado	Se refiere al tipo de recomendación según lo explicitado en la GPC.	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación de Tecnología Sanitaria: 5 ● Recomendación fuerte: 4 ● Recomendación condicional: 3 ● Buena práctica clínica: 2
--------------------------	---	---

Posterior a la valoración, se ordenaron las recomendaciones de mayor a menor puntaje, identificándose las recomendaciones trazadoras, las cuales están resaltadas en color celeste:

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
Diagnóstico	Pregunta 1: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, aplicar las siguientes escalas de evaluación del dolor según edad: <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 	4.32	4.16	4.16	2	14.63

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
	<ul style="list-style-type: none"> 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><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. <p>Buena práctica clínica</p>					
Tratamiento	<p>Pregunta 5: En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, recomendamos iniciar terapia con AINEs o paracetamol, de acuerdo a la valoración clínica.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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 recomendados, 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. 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. <p>Recomendación fuerte a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	4.32	4.21	3.95	4	16.47
Tratamiento	<p>Pregunta 4: 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><i>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.</p> <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	4.42	4.11	3.42	3	14.95
Tratamiento	<p>Pregunta 3: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia psicológica como parte del tratamiento.</p> <p><i>Consideraciones:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. <p>Recomendación condicional a favor Certeza: Muy baja (⊕⊕⊕⊕)</p>	4.32	4.11	3.42	3	14.84

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
Tratamiento	Pregunta 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. <i>*Opioides potentes: morfina clorhidrato y oxycodona.</i> Recomendación condicional a favor Certeza: Baja (⊕⊕⊖⊖)	4.42	4.05	3.37	3	14.84
Tratamiento	Pregunta 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. <i>Consideraciones:</i> 1. <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> 2. <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> Buena práctica clínica	4.53	4.37	3.74	2	14.63
Tratamiento	Pregunta 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. Buena práctica clínica	4.32	4.16	4.16	2	14.63
Tratamiento	Pregunta 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. Buena práctica clínica	4.37	4.21	3.79	2	14.37
Tratamiento	Pregunta 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. <i>Consideraciones:</i> 1. <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> 2. <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> Buena práctica clínica	4.42	4.21	3.37	2	14.00
Tratamiento	Pregunta 2: En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia física con ejercicios como parte del tratamiento. <i>Consideración:</i> <i>En menores de 18 años con dolor, 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</i>	3.79	3.63	3.37	3	13.79

Tópico	Enunciados	Promedio del criterio			Tipo de Recomendación	Total
		Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de Implementación		
	<i>esfuerzo y disponibilidad de terapias acordes a sus necesidades, luego de informar al paciente, familiar o cuidador sobre sus beneficios y posibles daños.</i> Recomendación condicional a favor Certeza: Muy Baja (⊕⊕⊕⊕)					
Tratamiento	Pregunta 6.3: En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan dolor moderado a intenso, se debe evitar el uso de opioides menores como tramadol o codeína. Buena práctica clínica	4.05	3.84	3.89	2	13.79
Tratamiento	Pregunta 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 otras especialidades 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"	4.42	4.05	3.11	2	13.58

Anexo N° 5: Prioridades de investigación

Prioridades de investigación:

El GEG consideró que, para una mejor toma de decisiones acorde al contexto peruano, es necesario tener presente las siguientes prioridades de investigación:

N° Pregunta	Prioridad de investigación
Pregunta 1	Realizar la adaptación transcultural y validación de las escalas de evaluación del dolor en niños de las unidades de cuidados paliativos pediátricos de EsSalud, Perú. Determinar la precisión diagnóstica de las escalas de evaluación del dolor en niños que requieren cuidados paliativos. Evaluar el impacto de la implementación de las escalas de evaluación del dolor en los resultados clínicos de los niños que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 2	Valorar los efectos de la implementación de programas de fisioterapia con ejercicios sobre la calidad de vida en niños con dolor crónico que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 3	Analizar los efectos diferenciales de distintos enfoques psicológicos (terapia cognitivo-conductual, terapia conductual y terapia de aceptación y compromiso) sobre el control del dolor y la calidad de vida en niños con dolor que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 4	Evaluar el impacto de las intervenciones psicológicas dirigidas a los padres o cuidadores sobre la percepción del dolor y grado de bienestar de los niños con dolor que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 5	Valorar la eficacia, efectividad y seguridad de la combinación de AINES más paracetamol en comparación con AINES o paracetamol en las unidades de cuidados paliativos pediátricos de EsSalud, Perú.
Pregunta 6	Evaluar la eficacia, efectividad y seguridad del tramadol en comparación a opioides mayores (morfina, oxicodona, fentanilo) en niños con dolor moderado a intenso que requieren cuidados paliativos. Identificar la epidemiología nacional sobre el uso de opioides menores y mayores en pediatría y sus eventos adversos reportados en población pediátrica con dolor que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 7	Evaluar la eficacia, efectividad y seguridad de la gabapentina, clonidina y amitriptilina para el manejo del dolor neuropático en niños con dolor que requieren cuidados paliativos.
Pregunta 8	Analizar la eficacia, efectividad y seguridad del baclofeno oral como adyuvante analgésico en niños con dolor asociado a espasticidad que requieren cuidados paliativos. Evaluar la eficacia y seguridad de la ketamina como adyuvante analgésico en niños con dolor refractario que requieren cuidados paliativos.

Referencias

1. Van Teunenbroek KC, Mulder RL, Ahout IML, Bindels-de Heus KGCB, Delsman-van Gelder CM, Galimont-Collen AFS, et al. A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and evidence-based recommendations for symptom treatment. BMC Palliat Care. 13 de marzo de 2024;23(1):72.
2. Mao JJ, Ismaila N, Bao T, Barton D, Ben-Arye E, Garland EL, et al. Integrative Medicine for Pain Management in Oncology: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline. J Clin Oncol. 1 de diciembre de 2022;40(34):3998-4024.
3. Smith HAB, Besunder JB, Betters KA, Johnson PN, Srinivasan V, Stormorken A, et al. 2022 Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Prevention and Management of Pain, Agitation, Neuromuscular Blockade, and Delirium in Critically Ill Pediatric Patients With Consideration of the ICU Environment and Early Mobility. Pediatr Crit Care Med. febrero de 2022;23(2):e74-110.
4. 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/>
5. 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>
6. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Can Med Assoc J. 14 de diciembre de 2010;182(18):E839-42.