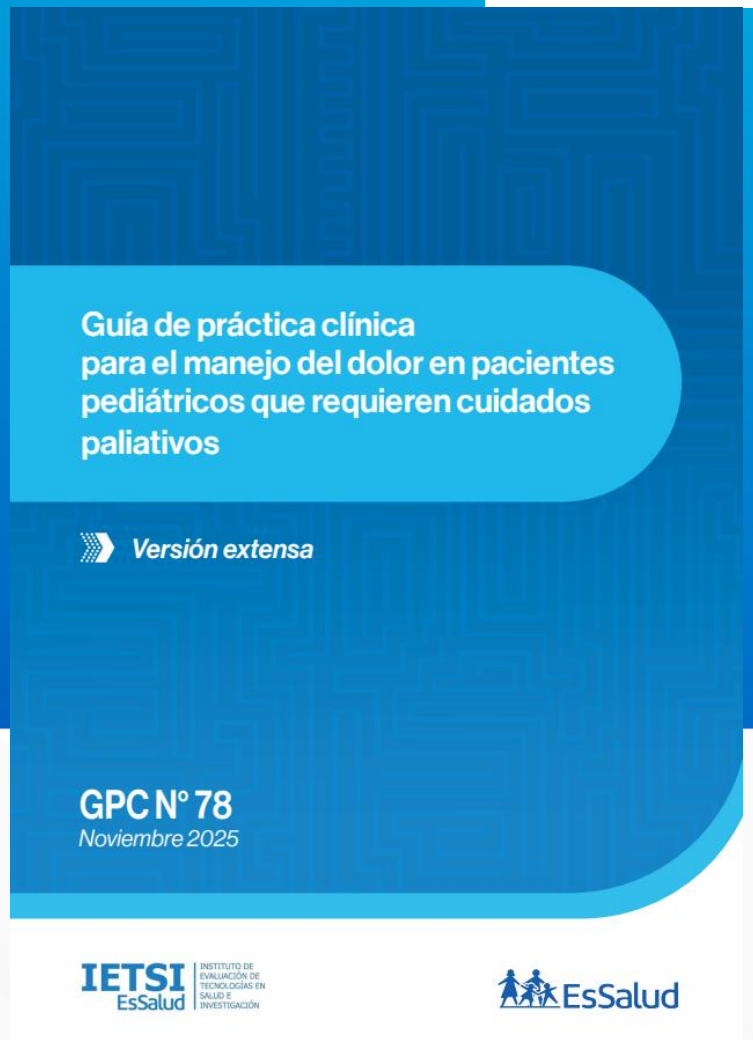
Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos



Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, IETSI.
2026

EsSalud



¿?

PREGUNTA

En este escenario ¿qué opción de tratamiento brindar: A, B o C?

RESPUESTA

Recomendación
Buena práctica clínica
Consideración

Adaptada de: Evans, I., Thornton, H., Chalmers, I., & Glasziou, P. (2011). Los tratamientos, a prueba: Mejor investigación para mejorar la salud (2.ª ed.). Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano.

EsSalud



¿Qué es una guía de práctica clínica?

¿Qué es una guía de práctica clínica (GPC)?

Es un documento que reúne un conjunto de **recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica** disponible.

Ayuda a los profesionales de salud a tomar decisiones sustentadas en evidencia científica

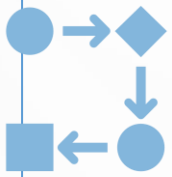
Ministerio de Salud. NTS N 117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; 2015 [consultado el 27 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/194791-302-2015-minsa

EsSalud

¿Por qué es importante usar esta guía?



Tomar mejores decisiones clínicas.



Estandarizar la atención de salud.



Mejorar los resultados en salud.



Optimizar los recursos en salud.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Grupo Elaborador de Guía (GEG)

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud, Lima-Perú

- **Vásquez Gamarra, Eva Victoria** Líder
- Pantoja Reynoso, Olga Alejandra
- Ramírez Chipana, Mabel Irene
- Igei Chiney, Ana Isabel
- Dietrich Timoteo De Alva, Marlene Inés
- Ríos López, Ligia
- Rivera Colqui, Rosario Cinthia
- Villafuerte Palacios, Luz María

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. EsSalud, Lima-Perú

- Sotomayor Borja, Yrma Fara
- Cabrera Calderón, Carmen Rosa
- Vizcarra Sánchez, Katherine Elizabeth
- Vargas Durand, William
- Delgadillo Arone, Walter



IETSI. EsSalud, Lima-Perú

- Caira Chuquineyra, Brenda Sofía
- Fernández Guzmán, Daniel Aaron
- Ortiz Benique, Zhamanda Noelia
- Caballero Luna, Joan
- Huaroto Ramirez, Fabiola Mercedes

Hospital Nacional Guillermo Almenara Ingoyen. EsSalud, Lima-Perú

- Meneses Román, Elva Dany

Red Prestacional Rebagliati – GOF. EsSalud, Lima-Perú

- Oshiro Bernuy, Juana Harumi

Red Prestacional Rebagliati – COPHOES. EsSalud, Lima-Perú

- Takami Angeles, Graciela

Hospital I Antonio Skrabonja Antoncich. EsSalud, Ilo-Perú

- Ñañez Rojas, Rossana Karen

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Número de enunciados por preguntas de la GPC

Área temática	Preguntas	Recomendaciones y BPC
Diagnóstico	Pregunta 1	1 BPC
Tratamiento	Pregunta 2	1 recomendación
	Pregunta 3	1 recomendación
	Pregunta 4	1 recomendación
	Pregunta 5	1 recomendación
	Pregunta 6	1 recomendación – 7 BPC

BPC: buena práctica clínica.

¿Qué preguntas responde esta guía?

Evaluación de dolor

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

Tratamiento

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

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

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?**

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?**

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?**

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

¿Qué es la metodología GRADE?

- **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

- Herramienta que permite **evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza** de las recomendaciones en el proceso de elaboración de una guía de práctica clínica.

Sanabria AJ, Rigau D, Rotaeche R, Selva A, Marzo-Castillejo M, Alonso-Coello P. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria. el 1 de enero de 2015;47(1):48–55.

EsSalud

¿Cómo se elaboró esta guía?

Se conformó el Grupo Elaborador de la Guía (GEG).

Se formularon las preguntas clínicas.

Se buscaron GPC previas y evidencia para cada pregunta.

Se evaluó el riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia **(Metodología GRADE)**.

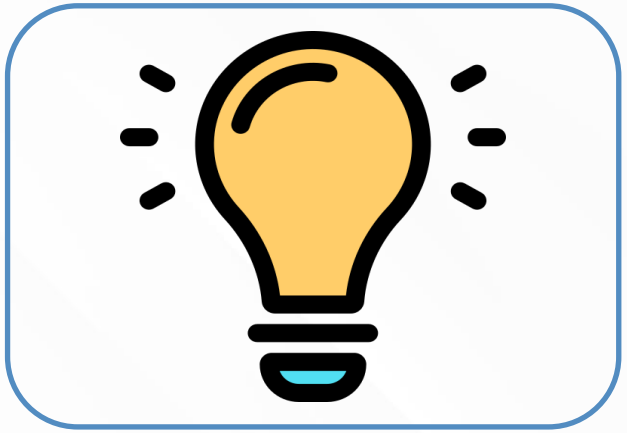
Se formularon enunciados (recomendaciones y buenas prácticas clínicas).

EsSalud

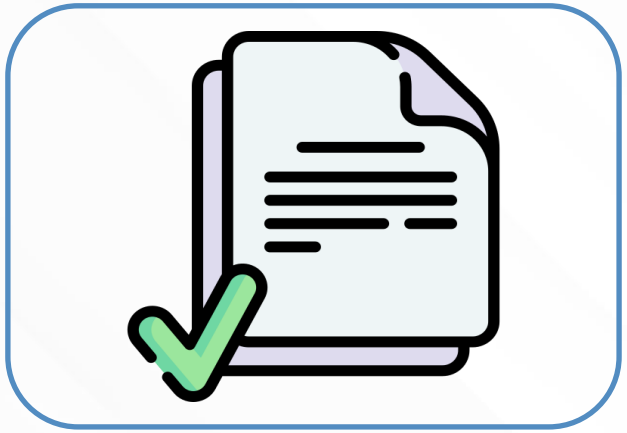
¿Qué tipos de enunciados tiene una GPC?



Recomendación



Buena práctica clínica



Consideración

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

Recomendación

Premisa accionable (indicación práctica) sobre la **elección entre dos o más opciones** en una población específica y en un entorno específico.

PREGUNTA

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



RECOMENDACIÓN

En pacientes menores de 18 años con dolor crónico y que requieran cuidados paliativos, **sugerimos brindar terapia física con ejercicios como parte del tratamiento**.

Fuerza de la recomendación:
Condicional

Certeza de la evidencia:
Muy Baja ⨁◯◯◯

EsSalud

Ilustración de Freepik

Fuerza de la recomendación

Grado de confianza del GEG en que:

Los **beneficios de una intervención:**

- Superan los efectos adversos (A FAVOR), o
- Viceversa (EN CONTRA).

Fuerza y dirección de una recomendación

Fuerte

La recomendación se sigue en todos los casos.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Recomendamos"**

Condicional

La recomendación se sigue en la gran mayoría de casos, salvo situaciones justificadas.

A favor

o

En contra

Se utiliza el término **"Sugerimos"**

EsSalud

Certeza de la recomendación

(⊕⊕⊕⊕) **Alta**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **alta.**
(⊕⊕⊕◯) **Moderada**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **moderada.**
(⊕⊕◯◯) **Baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **baja.**
(⊕◯◯◯) **Muy baja**	**Confianza del GEG en la evidencia usada** para tomar la decisión es **muy baja.**

EsSalud

Buena práctica clínica (BPC)

Enunciado accionable que brinda **orientación acerca de una práctica** cuyos **beneficios superan** ampliamente a los **potenciales daños.**

Sólo existe **evidencia indirecta** disponible para respaldarla.

PREGUNTA

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?**



BPC

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**.

EsSalud

Ilustración de Freepik

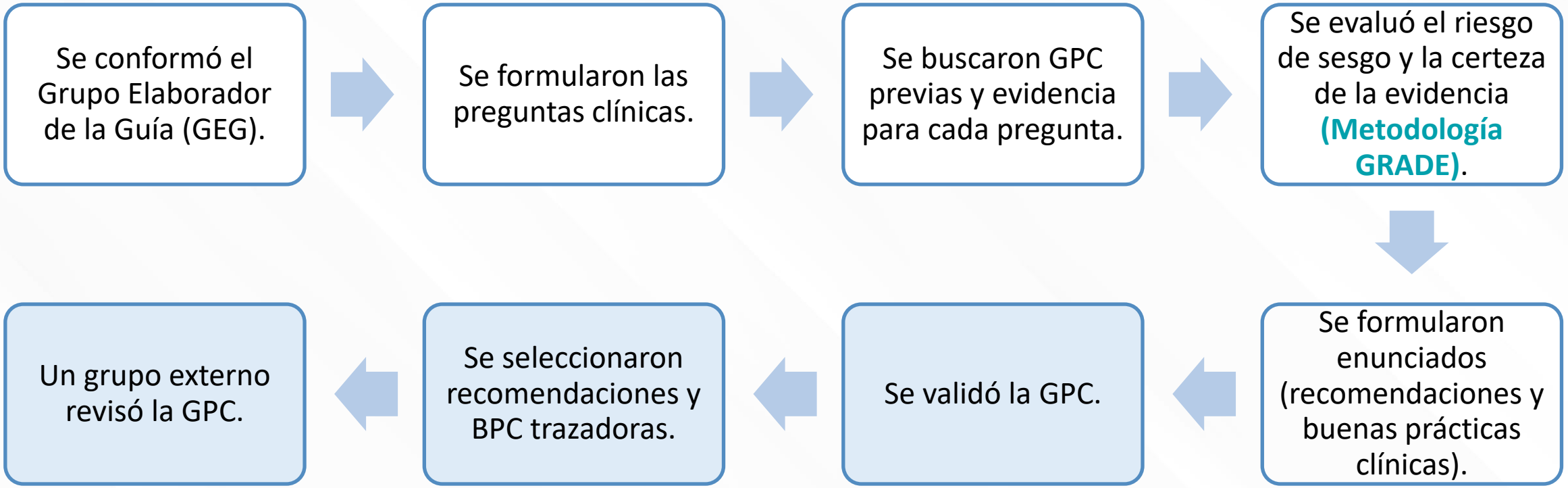
Ilustración de Freepik

Consideración

Nota o comentario adicional que **complementa** una **recomendación** o una **buena práctica clínica.**

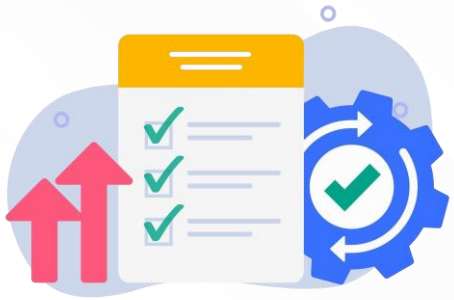
Objetivo → Aclarar el contexto, resaltar aspectos importantes o proporcionar detalles específicos.

¿Cómo se elaboró esta guía?



EsSalud

¿Qué son recomendaciones y BPC trazadoras?



- Son enunciados priorizados de la GPC que permiten valorar el mayor impacto potencial de la guía.
- Expertos clínicos y de gestión participaron el proceso de priorización.
- Los criterios de priorización fueron:

Impacto clínico en el paciente	Impacto en el proceso de atención	Costos de la atención	Tipo de enunciado

Ilustración de Freepik

Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos

EsSalud

¿Cuál es el objetivo de esta 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.



¿Qué población se beneficiará de 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.

¿A quién está dirigida esta guía?

Al personal médico y no médico que participa en la atención multidisciplinaria de pacientes pediátricos que requieren cuidados paliativos.

Ámbito asistencial:

Servicios/unidades/equipos de cuidados paliativos pediátricos.

Hospitalización, emergencia y atención domiciliaria.

A pacientes pediátricos oncológicos y no oncológicos.

EsSalud

Cuidados Paliativos Pediátricos y Dolor

Definición de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)

- Enfoque **integral y activo** centrado en el niño, familia y cuidadores, 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. Inicia **desde el diagnóstico**, con o sin tratamiento curativo. Su objetivo es **mejorar la calidad de vida** mediante la prevención y **alivio del sufrimiento,** a través de la identificación precoz, evaluación y tratamiento del dolor.

Dolor total

- En el contexto de CPP 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.

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. 2025;24(1):85.

EsSalud

Ilustración de Freepik

Los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)

Magnitud del problema



- Más de **21 millones de niños en el mundo** requieren cuidados paliativos y muchos presentan dolor significativo.
- El dolor pediátrico es **frecuente** en **enfermedades oncológicas y no oncológicas avanzadas o terminales**.

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.

EsSalud

El Escenario actual

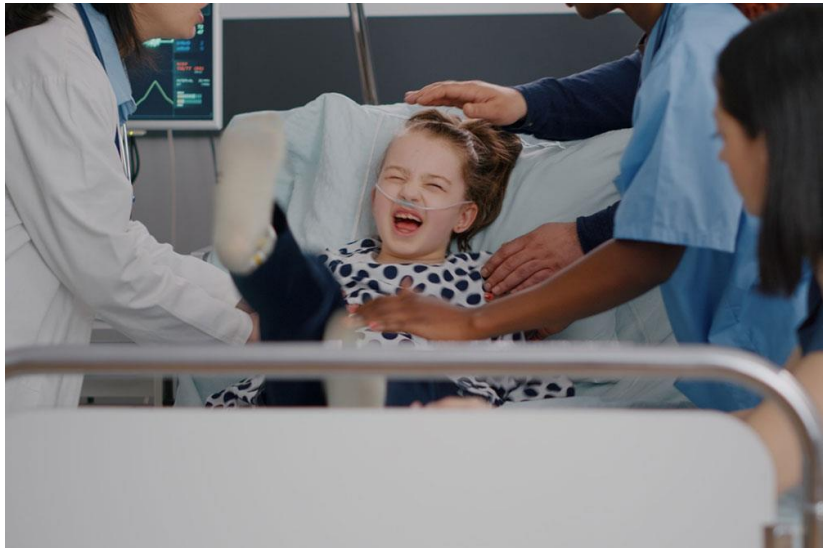
El dolor "Signo Vital" Olvidado

En Latinoamérica, el dolor infantil sigue siendo subdiagnosticado y subtratado. No es solo un síntoma, es una barrera para la recuperación.



La Epidemia silenciosa en Latinoamérica

- Prevalencia Hospitalaria: Estudios en LATAM muestran que entre el 40% y 60% de los niños hospitalizados experimentan dolor moderado a severo durante su internamiento. De estos, más del 50% no recibe tratamiento analgésico adecuado (dosis subóptimas o intervalos muy largos o PRN).



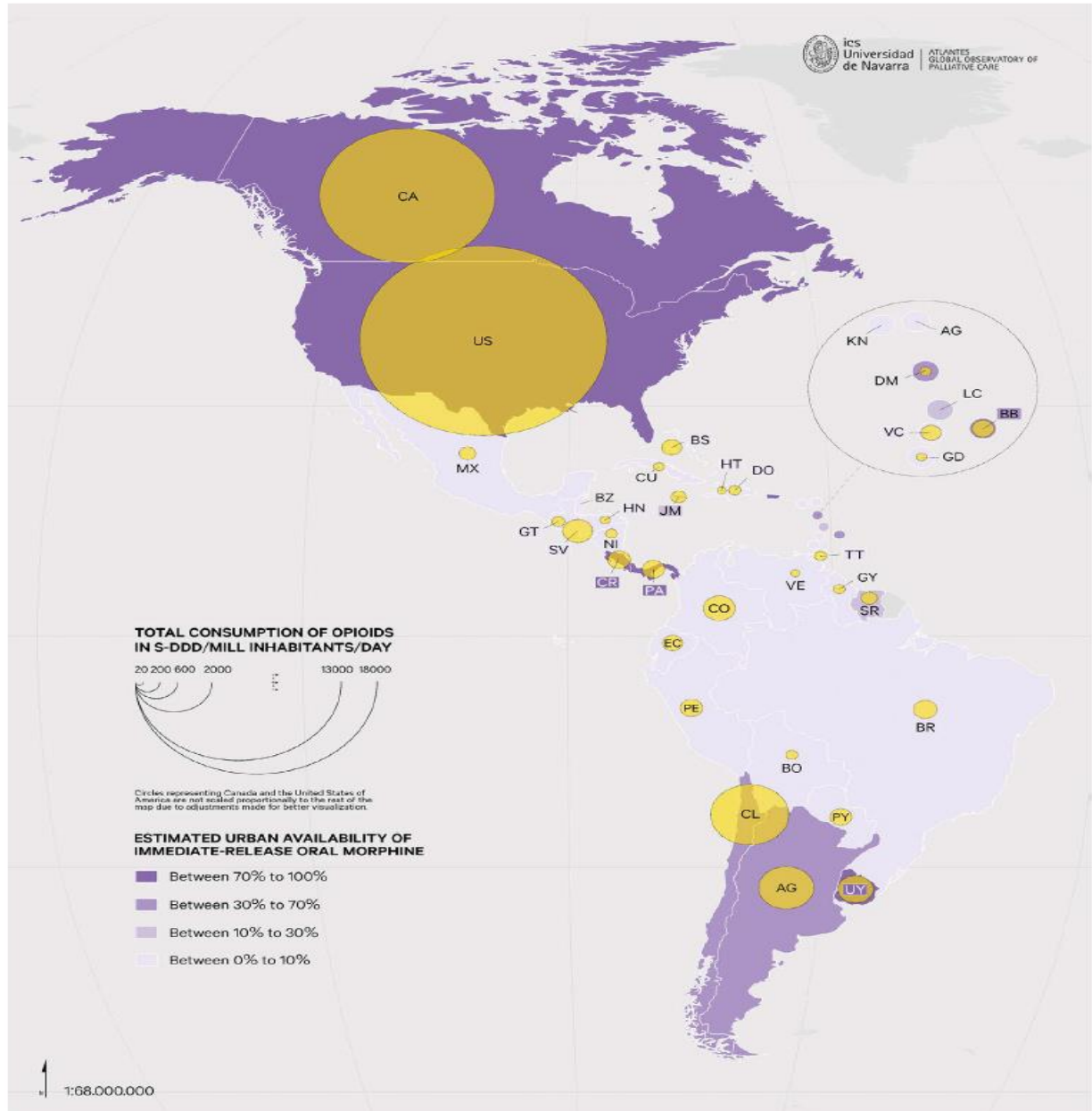
- Dolor Procedimental: Un neonato en cuidados críticos puede recibir >10 procedimientos dolorosos al día (punción de talón, aspiración, vías). Menos del 30% de estos procedimientos se realizan con medidas analgésicas o no farmacológicas (sacarosa, contención) previas.

  - La Brecha de Opioides: Latinoamérica consume menos del 10% de la media mundial de opioides. Esto no significa "menos necesidad", significa "más sufrimiento no atendido" en cáncer y cuidados paliativos.



- Dolor Crónico Pediátrico: Se estima una prevalencia del 5% al 15% en población escolar (cefaleas, dolor abdominal recurrente, oncológico). A menudo subdiagnosticado como "simulación" o "psicológico".

Map 4: Essential Medicines



Map 4. Essential medicines.

Los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP)

Situación en Perú



- En el Perú, **no existen datos epidemiológicos** específicos sobre dolor pediátrico en enfermedades que amenazan o limitan la vida.
- La **carga de enfermedad crónica progresiva y su impacto en la calidad de vida** hacen prioritaria la investigación.

Ilustración de Freepik

Perú



Datos generales

POBLACIÓN, 2024
34.217.848

SUPERFICIE KM², 2022
1.285.220

MÉDICOS/AS /1000 HAB, 2022
1,62

ENFERMERO/AS /1000 HAB, 2021-2022
N/D

Datos socioeconómicos

NIVEL DE INGRESOS DEL PAÍS, 2022
Mediano alto

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, 2021
79

PIB PER CÁPITA (US$), 2023
7906,59

GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US$), 2021
412,21

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL, 2021
71



MARCO DE LA OMS PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ⓐ EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS Y LAS COMUNIDADES
Ⓑ POLÍTICAS DE SALUD
Ⓒ INVESTIGACIÓN
Ⓓ USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES
Ⓔ EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
Ⓕ PRESTACIÓN DE CP

NIVEL DE DESARROLLO

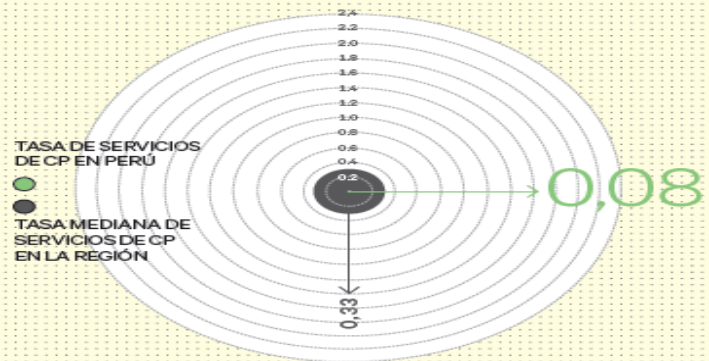
1	2	3	4
EMBRIONTE	EN PROGRESO	ESTABLECIDO	AVANZADO

Ⓕ Prestación de CP (Servicios Especializados)

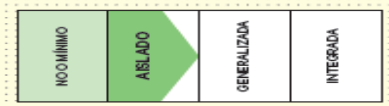
Número Total de Servicios de CP Especializados
29

Tasa de Servicios de CP por cada 100.000 habitantes
0,08

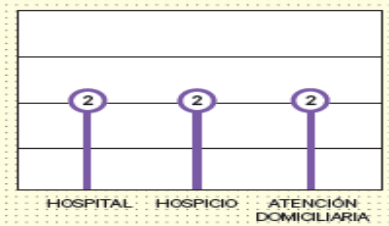
Perú en el contexto de la región



Distribución geográfica e integración de los servicios de CP



Nivel de desarrollo de los distintos tipos de servicios de CP



Servicios de CP Pediátricos

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA



NÚMERO TOTAL
4

AM Perú

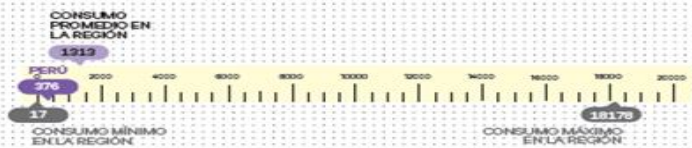
Ⓓ Uso de medicamentos esenciales

Consumo de opioides (excluyendo metadona)

376

S-DDD POR MILLÓN HAB/DÍA

Perú en el contexto de la región



Disponibilidad general de medicamentos esenciales para el dolor y los CP en el primer nivel de atención



Disponibilidad general de morfina oral de liberación inmediata en el primer nivel de atención



Ⓒ Investigación

Artículos de investigación relacionados con los CP

1 ○ ○ ○

Existencia de congresos o reuniones científicas

● ● ● 4

Consultores: Ver página 20.

Asociación Nacional de CP: Sociedad Peruana de Cuidados Paliativos (SPCP), Asociación Peruana de Enfermeras en Cuidados Paliativos, Asociación Médica Peruana de Cuidados Paliativos (AMPCP).

Fecha de recolección de datos: Abril-Junio 2024

Informe validado por consultores: Sí

Informe aprobado por la Asociación Nacional: Sí

Informe revisado por el Ministerio de salud: Sí

Edición: Editado por el Equipo de Investigación ATLANTES.

Ⓔ Educación y formación

Facultades de medicina con enseñanza obligatoria de CP

2/42

Escuelas de enfermería con enseñanza obligatoria de CP

4/54

Reconocimiento de la especialidad en CP

● ● 3 ○

Ⓑ Políticas

Plan o estrategia nacional de CP

● ● 3 ○

Autoridad responsable de los CP en el Ministerio de Salud

● ● 3 ○

Inclusión de los CP en el paquete básico de salud en el nivel de atención primaria

● ● 3 ○

Ⓐ Empoderamiento de las personas y las comunidades

Grupos que promueven los derechos de los pacientes

● ● ● 4

Políticas relacionadas con la planificación anticipada de cuidados

1 ○ ○ ○

La importancia del manejo del dolor

El Dolor no Tratado

El dolor no es solo un síntoma, es una experiencia que puede tener consecuencias a largo plazo en el desarrollo neurológico del niño.

- **Impacto Fisiológico:** Aumento de frecuencia cardíaca, presión arterial y cortisol.
- **Impacto Psicológico:** Ansiedad, miedo y alteraciones del sueño.
- **Derecho Humano:** El alivio del dolor es un derecho fundamental del paciente pediátrico.



La Brecha Farmacológica y Normativa:



"La brecha no siempre es falta de conocimiento, sino falta de insumo en el momento crítico."

DTO Cuidados Paliativos Pediátricos en Essalud

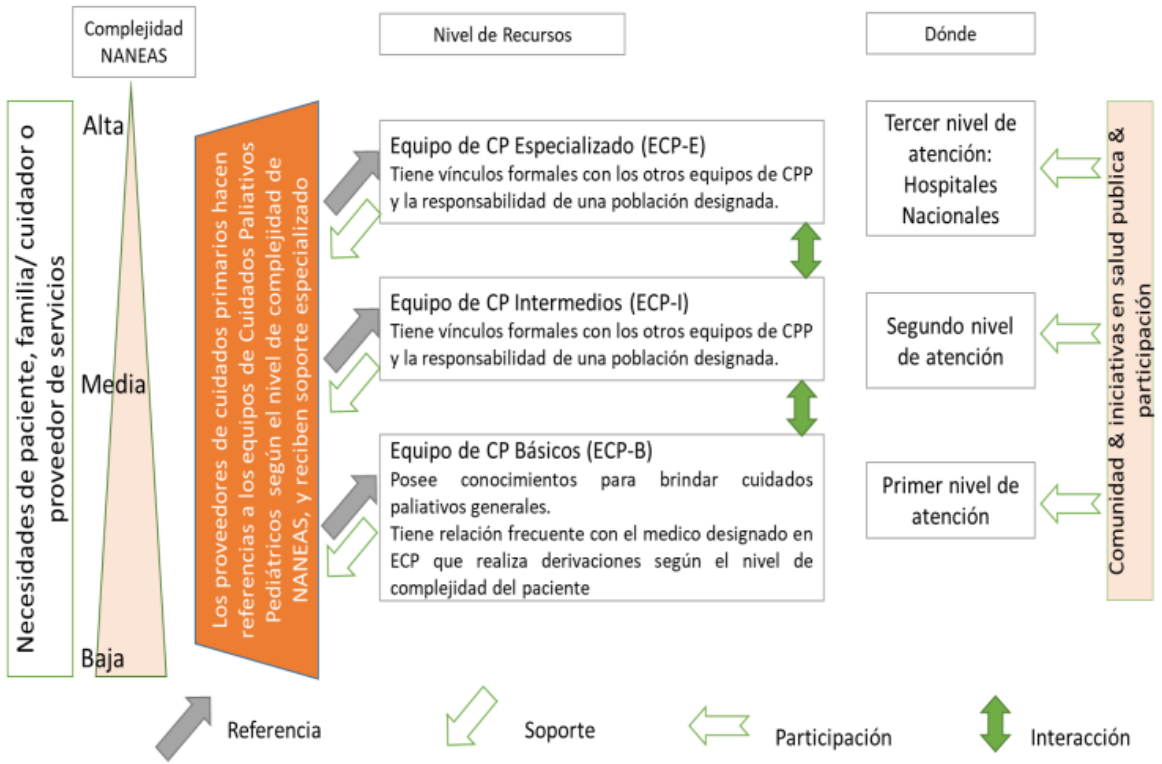
RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 059 -GCPS-ESSALUD-2024

Documento Técnico Orientador

"DISPOSICIONES PARA LAS PRESTACIONES EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN ESSALUD"

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por	José Zanabria Calderón	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas	19-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por ZANABRIA CALDERÓN Jose Carlos FAU 20131257750 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 19.12.2024 08:48:25 -05:00
Revisado por	Aldo Paolo Quispe Suárez	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud	19-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por QUISPE SUAREZ Aldo Paolo FAU 20131257750 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 19.12.2024 09:54:39 -05:00
Aprobado por	Katya Chávez Romero	Gerente Central de Prestaciones de Salud	19-12-2024	EsSalud Firmado digitalmente por CHAVEZ ROMERO Katya Yolanda FAU 20131257750 soft Motivo: Doy V° B° Fecha: 19.12.2024 12:20:02 -05:00

2024



Leyenda:

NANEAS: Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud.
ECP B: Requiere en el equipo Médico con capacitación en CPP nivel básico.
ECP I: Requiere en el equipo Médico Pediatra con capacitación en CPP nivel intermedio.
ECP E: Equipo exclusivo para atención de CPP. Participan diferentes especialidades médicas con formación y/o experiencia clínica no menor de 1 año en el manejo de pacientes pediátricos que requieren estos cuidados.

Fuente: Adaptado de Documento Técnico del Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y No Oncológicos en el Perú 2021 - 2023

Ilustración de Freepik

Pacientes tributarios de Cuidados Paliativos Pediátricos

Grupos de enfermedades que amenazan/limitan la vida		Ejemplos
Grupo 1	a. Condición limitante de la vida en la que un tratamiento curativo es posible, pero puede fallar. b. Situación amenazante para la vida de forma aguda en paciente previamente sano	Cáncer Anomalías cardíacas complejas o severas Sepsis severa Politraumatismo
Grupo 2	Condiciones en las cuales hay una fase prolongada de tratamientos intensivos que pueden prolongar la vida y permiten actividades normales del niño, pero la muerte prematura es posible.	Fibrosis quística HIV/SIDA Enfermedades gastrointestinales severas o malformaciones (gastrosquisis) Insuficiencia renal cuando la diálisis o trasplante no están indicados Inmunodeficiencias Distrofia muscular Insuficiencia respiratoria crónica o severa Epidermólisis bullosa severa
Grupo 3	Condiciones progresivas sin posibilidades de tratamiento curativo en las que el tratamiento es exclusivamente paliativo.	Mucopolisacaridosis Alteraciones metabólicas progresivas Cáncer metastásico ya al diagnóstico sin tratamiento curativo Atrofia muscular espinal tipo I
Grupo 4	Condiciones no progresivas con alteraciones neurológicas severas las cuales pueden causar mayor susceptibilidad a complicaciones del estado de salud.	Parálisis cerebral infantil Síndromes polimalformativos Secuelas neurológicas severas secundarias Injuria cerebral hipóxica o anóxica
Grupo 5	a. Condición limitante de la vida diagnosticada prenatalmente. a. Condición amenazante o limitante diagnosticada tras el nacimiento.	Síndromes polimalformativos (trisomía 13, trisomía 18) Anencefalia Asfixia neonatal Prematuridad extrema con complicaciones neurológicas/respiratorias
Grupo 6	Familiares de un feto o niño que fallece de forma inesperada	Muerte fetal Encefalopatía hipóxico-isquémica Sepsis abrumadora en un niño previamente sano Traumatismo grave por accidente de tráfico Quemaduras graves.

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)

¿Por qué se hizo esta guía?

Evaluación y tratamiento adecuados del dolor



Manejo del dolor en CPP es complejo



Abordaje multidisciplinario



Reducir el sufrimiento y la carga emocional



Apoyar la toma de decisiones clínicas para el manejo del dolor en pacientes pediátricos en cuidados paliativos

EsSalud

¿Qué preguntas responde esta guía?

Evaluación de dolor

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

Tratamiento

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

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

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?**

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?**

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?**

EsSalud



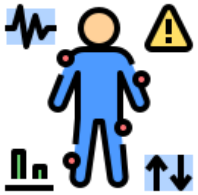
Diagnóstico

Clasificación del dolor

Según duración:

- **Dolor agudo:**
  Inicio súbito, < 3 meses, asociado a lesión o procedimiento.
- **Dolor crónico:**
  ≥ 3 meses, síntomas persistentes, impacto funcional y emocional.
- **Dolor irruptivo:**
  Exacerbación súbita sobre dolor basal controlado.





Según mecanismo:

- **Dolor nociceptivo:**
  Secundario a daño tisular.
  - Somático: localizado.
  - Visceral: difuso o cólico.
- **Dolor neuropático:**
  Daño o disfunción del SNC o periférico.
- **Dolor mixto:**
  Coexistencia de mecanismos (frecuente en CPP).

CPP: Cuidados Paliativos Pediátricos

Ilustración de Freepik

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

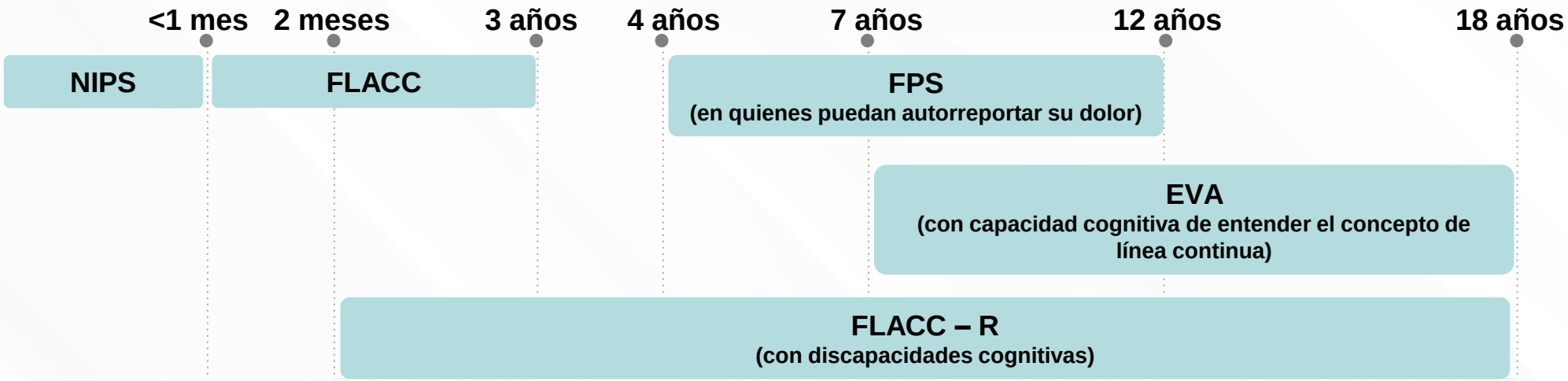


Ilustraciones de Freepik

BPC

En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos

Aplicar escalas de evaluación del dolor según edad



CONSIDERACIONES:

- La evaluación permite clasificar la intensidad del dolor (**leve, moderado o severo**) y orientar la **decisión terapéutica**.
- Aplicar al **inicio** y en **reevaluaciones** para monitorizar la evolución y ajustar el tratamiento según sea necesario.

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

Ilustraciones de Freepik

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, Consolatibility; FLACC-R: Revised FLACC; FPS: Faces Pain Scale; EVA: Escala Visual Analógica

EsSalud

Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Parámetros	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gestícula. 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)

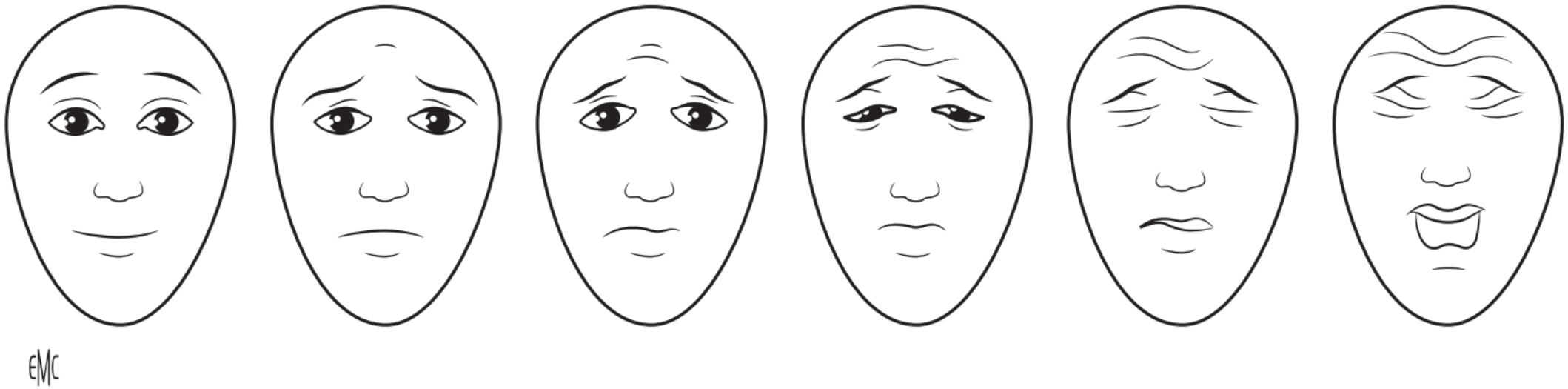
Categoría	0	1	2
Expresión facial	Facies relajada, expresión neutra.	Gesto de enojo ocasional, muecas o ceño fruncido. Retraído, desinteresado.	Mandíbula contraída, temblor de mentón frecuente
Piernas	Posición normal o relajada	Incómodo, inquieto, tenso	Pataleo o piernas alzadas
Actividad	Tranquilo, posición 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.

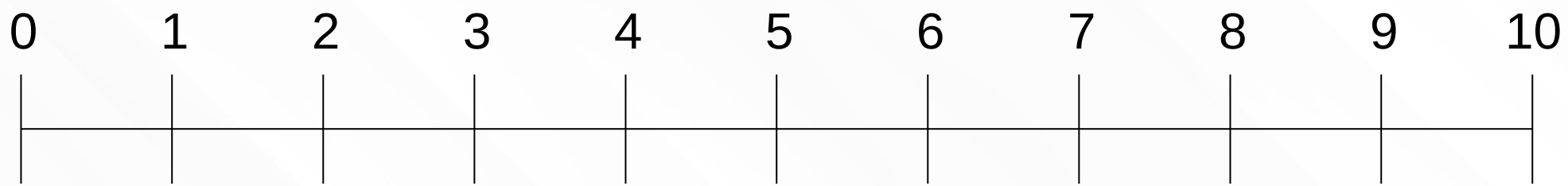
EsSalud

Escala FPS (Face Pain Scale)



Tomado de: Teisseyre L, Sakiroglu C, Dugué S, Zabalia M, Wood C. Evaluación del dolor en pediatría. EMC - Pediatría. 2018;53(4):1–22. doi:10.1016/S1245-1789(18)41369-8

Escala EVA (Escala Visual Analógica)



CASO 1

Recién nacido de 12 días de vida, sexo femenino, con diagnóstico de enterocolitis necrotizante avanzada, con compromiso intestinal extenso, no candidato a manejo quirúrgico curativo. Se encuentra en cuidados paliativos.
Tiempo de evolución: 4 días.



Cuadro clínico actual:
Llanto agudo e inconsolable, abdomen distendido y doloroso a la palpación, postura en flexión persistente, expresión facial de dolor (ceño fruncido, surco nasolabial marcado), taquicardia durante la manipulación, dificultad para alimentarse y alteración del sueño.

Antecedentes relevantes:
Prematurez de 30 semanas y bajo peso al nacer. Manejo previo en UCI neonatal. Tras consenso multidisciplinario y reuniones con los padres, se decide adecuación del esfuerzo terapéutico con un enfoque paliativo exclusivo centrado en el confort. Ambos padres se encuentran muy angustiados, pero acompañando a su hija permanentemente.

El equipo de salud decide realizar una evaluación objetiva del dolor para establecer una línea basal y monitorizar la respuesta al tratamiento.

Ilustración de Freepik

EsSalud

¿Cual es la escala de evaluación de dolor recomendada?

- ○ Escala FLACC
- ○ Escala EVA
- ⊗ Escala NIPS
- ○ Escala FPS
- ○ Escala FLACC-R

La GPC recomienda que, en **menores de 1 mes de edad**, la evaluación del dolor se realice utilizando la **escala NIPS**, ya que está validada para recién nacidos y se basa en parámetros conductuales y fisiológicos observables. Su aplicación permite clasificar la intensidad del dolor (leve, moderado o severo), establecer un valor basal y monitorizar la respuesta al tratamiento analgésico.

EsSalud



Tratamiento

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



Ilustraciones de Freepik

Recomendación

En pacientes **menores de 18 años** con **dolor crónico** y que requieran **cuidados paliativos**

Brinde **terapia física** con ejercicios como parte del tratamiento

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy Baja ⊕◯◯◯

CONSIDERACIONES



- **Indicación individualizada** según intensidad e impacto del dolor.
- Evaluar **comorbilidades, capacidad funcional y tolerancia al esfuerzo**.
- Adecuar a la **disponibilidad de terapias** y necesidades del paciente.
- **Informar** a paciente, familiar o cuidador sobre **beneficios** y **posibles riesgos**.

Ilustraciones de Freepik

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



Ilustraciones de Freepik

Recomendación

En pacientes **menores de 18 años** con **dolor** y que requieran **cuidados paliativos**

Brinde **terapia psicológica** como parte del tratamiento.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy Baja ⊕◯◯◯

CONSIDERACIONES



- **Enfoque individualizado** según condición clínica del niño.
- Usar terapia **cognitivo-conductual, terapia conductual o terapia de aceptación y compromiso.**
- Modalidad **presencial, virtual o mixta,** según necesidades del paciente.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

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?**



Ilustraciones de Freepik

Recomendación

En **padres o cuidadores** de niños con dolor y que requieren cuidados paliativos

Ofrezca **terapias psicológicas** y/o **apoyo emocional**, como parte de un enfoque integral de atención

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Muy Baja ⊕◯◯◯

CONSIDERACIONES

- ✓ **Intervenciones individualizadas** según necesidades especificas de los padres o cuidadores.
- ✓ **Priorizar terapia cognitivo-conductual** u otras estrategias indicadas por profesionales de salud mental.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

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?**



Ilustraciones de Freepik

Recomendación

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.

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯◯

CONSIDERACIONES

< 3 meses:
Solo **paracetamol**

≥ 3 meses:
paracetamol o **AINEs**

- Preferir **vía oral y dosis según edad/peso.**
- **Reevaluar dolor cada 4–6 horas** con escala adecuada a la edad.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

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 Jarabe 120 mg/5 ml × 60 ml Tableta 500 mg	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
AINEs >3 meses	Ibuprofeno	Jarabe 100 mg/5 ml × 60 ml Tableta 200 mg (para mayores de 12 años) Tableta 400 mg (para mayores de 12 años)			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.
	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: ulceras, hemorragias o perforaciones gastrointestinales, entre otros	Hipersensibilidad al fármaco o a sus excipientes, antecedente de reacciones alérgicas (asma, broncoespasmo, rinitis, urticaria), úlcera péptica o hemorragia gastrointestinal recurrente o previa por AINEs, insuficiencia cardíaca, hepática o renal grave, colitis ulcerosa, durante el tercer trimestre del embarazo.
	Dipirona (Metamizol)	Ampolla 1 g/2 ml			10-30 mg/kg cada 6 h	3-5 g	Poco frecuentes: erupciones cutáneas leves y reacciones de hipotensión. Raras: leucopenia, reacciones anafilácticas, erupciones exantemáticas y síndrome asmático. Muy raros: agranulocitosis, trombocitopenia, falla renal aguda, necrólisis 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.

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?**



Ilustraciones de Freepik

Recomendación

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 **1ra elección**

Fuerza de la recomendación: Condicional
Certeza de la evidencia: Baja ⊕⊕◯◯◯

Morfina sola o **Morfina más paracetamol** o **Morfina más AINES**

Opioide de 1era elección

*__Opioides potentes__: morfina clorhidrato y oxicodona

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

BPC

La **morfina** es el opioide de **1era elección** para el manejo del dolor agudo y persistente.

Rote el opioide si hay respuesta insuficiente, tolerancia o efectos adversos intolerables.

- En la rotación, **convierta siempre a dosis equivalente de morfina** (misma vía o cambio VO–IV/SC).
- **Reduzca la dosis 25–50%** si la rotación es por efectos adversos.
- No reduzca si la rotación es por falta de eficacia.

VO: Vía oral, IV: Intravenosa, SC: Subcutánea

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

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.			
Oxicodona clorhidrato*	Tabletas: 5 mg	VO	12–17 años	0.1–0.2 mg/kg cada 4 h (máx. 5–10 mg/dosis) o 0.15–0.3 mg/kg cada 6 h (máx. 7.5–15 mg).	Mas frecuentes: somnolencia, mareos, cefalea, estreñimiento, náuseas, vómitos, prurito. Frecuentes: disminución del apetito, ansiedad, insomnio, estado de confusión, temblor, disnea, dolor abdominal, sequedad de boca, dispepsia. Poco frecuentes: hipersensibilidad, deshidratación, agitación, alucinaciones, vértigo, escalofríos.	Depresión respiratoria grave, EPOC severo, asma severa, cor pulmonale, hipercapnia, íleo paralítico, abdomen agudo, vaciamiento gástrico retardado.	No se recomienda en <12 años. Requiere ajuste individual y monitoreo continuo. Si se requieren ≥2 dosis de rescate/día, considerar formulación de liberación modificada. Reducir gradualmente al suspender para evitar abstinencia.

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

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

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

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

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

EsSalud

BPC

En pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos y presentan **dolor moderado a intenso.**

Evite el uso de **opioides menores** como **tramadol o codeína.**

BPC

La **vía oral/enteral** es la **de elección** para la administración de opioides.

Si no es posible, use vías alternativas: **SC o IV**, según el contexto clínico.

Evite la vía intramuscular

IV: Intravenosa, SC: Subcutánea

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

BPC

La titulación de opioides es individualizada y progresiva hasta lograr **alivio adecuado del dolor** con mínimos efectos adversos.

Es obligatorio el **monitoreo clínico** continuo de eficacia y seguridad.

CONSIDERACIONES

En caso de retiro de opioides, hágalo de forma gradual, para evitar el síndrome de abstinencia:

- **< 5 días de tratamiento:** puede suspenderse sin descenso.
- **≥ 5 días de tratamiento:** reducir 20–30% cada 24 h.
- **+ 14 días de tratamiento:** reducir 10% cada 24–48 h.

Una vez alcanzada la dosis inicial de inicio del tratamiento, puede suspenderse.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

BPC

- **Opioides de mantenimiento:** administre **a intervalos regulares** según vida media y edad [asegura analgesia basal].
- **Dolor irruptivo o dolor entre las dosis**: use **dosis de rescate ➔ 10–20%** de la **dosis total diaria**, por la **misma vía.**

CONSIDERACIONES

Tiempo después de la dosis reglada:

- Vía oral: ≥ 30 min
- Vía EV/SC: 10–15 min

≥ 3 rescates en 24 horas → aumente dosis de mantenimiento y recalcular rescate.

Tras el ajuste, la nueva dosis de rescate → 10% del total diario actualizado.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

Informe a pacientes y sus familiares o cuidadores sobre:



- **Beneficios** del tratamiento con opioides.
- **Posibles efectos adversos**, **tolerancia** y **dependencia fisiológica**.
- **Identificación y manejo** de efectos secundarios.
- **Administración correcta**, **almacenamiento** y **eliminación segura** de los restos de medicamentos.

BPC

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***.



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

La prescripción de medicamentos debe cumplir estrictamente el Reglamento de Estupefacientes y Psicotrópicos sujetos a Fiscalización Sanitaria.

Ilustraciones de Freepik

EsSalud

Pregunta 7 y 8: Respecto al uso de adyuvantes para el manejo del dolor (nociceptivo y neuropático) en pacientes menores de 18 años que requieren cuidados paliativos



Cualquier eventual indicación debe basarse en el **juicio clínico individual**, valorando **beneficios, riesgos y seguridad.**



La decisión debe tomarse junto con el paciente, su familia o cuidadores.



EsSalud

Ilustraciones de Freepik

CASO 2

Paciente: Niña de 11 años, con diagnóstico LLA con infiltración pulmonar y ósea, en seguimiento por el equipo de cuidados paliativos.
Tiempo de enfermedad: 8 meses.
Situación basal: Sin compromiso neurológico, conserva capacidad funcional parcial, cuenta con soporte y cuidado familiar continuo.



Cuadro clínico actual:
Presenta dolor óseo en extremidades inferiores (EVA 7/10), rigidez matutina y disminución progresiva de la movilidad. El dolor la despierta por las noches.

Manejo actual: Actualmente recibe Paracetamol horario y Tramadol en gotas condicional al dolor (sin rescates pautados).

Motivo de consulta: La madre consulta si los ejercicios físicos podrían ayudar al control del dolor.

EsSalud

¿Cuál es nuestra primera intervención médica antes de responder a la madre sobre el ejercicio físico?

- ○ Derivar a terapia física y rehabilitación.
- ○ Indicar reposo absoluto por riesgo de fractura.
- ⊗ Realizar la Evaluación del dolor total y optimizar la analgesia basal nocturna y diurna.
- ○ Indicar ejercicios de forma rutinaria.

Tener siempre en cuenta la Evaluación del Dolor Total:
Físico: Infiltración medular, posible osteopenia, mal control analgésico nocturno.
Psicológico/Emocional: Aislamiento, frustración por perder autonomía, miedo a moverse.
Social: No puede participar en juegos con sus pares ni asistir regularmente a clases.
Espiritual/Existencial: "¿Por qué mi cuerpo ya no responde como antes?"

¿Cuál es la conducta más adecuada a la pregunta de la madre?

- ○ Evitar terapia física por riesgo de empeorar el dolor
- ○ Indicar ejercicios de forma rutinaria en todos los pacientes
- ⊗ Sugerir terapia física con ejercicios de manera individualizada
- ○ Indicar terapia física solo si el dolor es leve
- ○ Priorizar exclusivamente tratamiento farmacológico

En pacientes pediátricos con **dolor crónico** que requieren cuidados paliativos, la GPC **sugiere** el uso de terapia física con ejercicios como parte del tratamiento. Sin embargo, esta indicación debe ser **individualizada**, considerando la intensidad del dolor, la capacidad funcional, la tolerancia al esfuerzo, la presencia de comorbilidades y la disponibilidad de terapias adecuadas, luego de informar al paciente y cuidadores sobre sus beneficios y posibles riesgos.

EsSalud

CASO 3

Paciente: Niño de 9 años con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica severa, cursa con dolor crónico mixto.

Tiempo de enfermedad: Desde el nacimiento.

Cuadro clínico actual:
Dolor recurrente, espasticidad, hospitalizaciones frecuentes. La madre presenta ansiedad, insomnio y sentimientos de culpa.

Antecedentes relevantes:
Dependencia total para cuidados.
Cuidadora principal sin red de apoyo.



¿qué recomendación es la más adecuada?

- ○ No intervenir en los cuidadores
- ○ Brindar solo educación sanitaria
- ○ Derivar únicamente si existe diagnóstico psiquiátrico
- ⊗ Ofrecer apoyo psicológico y/o emocional a padres o cuidadores
- ○ Enfocar el manejo solo en el paciente

La GPC reconoce el impacto emocional que genera el cuidado de un niño con dolor crónico en situación paliativa. Por ello, **sugiere ofrecer terapias psicológicas y/o apoyo emocional a padres o cuidadores**, como parte de un enfoque integral de atención, considerando intervenciones como la terapia cognitivo-conductual u otras estrategias según las necesidades específicas de la familia.

EsSalud

CASO 4

Paciente: Lactante de 2 meses de edad, sexo femenino, con diagnóstico de enfermedad neuromuscular progresiva de origen genético.
Tiempo de enfermedad: 1 mes.

Motivo de consulta:
Irritabilidad intermitente y episodios de llanto que ceden con medidas de confort y cuando la madre la carga.



Cuadro clínico actual:
La paciente presenta episodios de llanto intermitente durante el día que ceden cuando la madre la carga. Durante la evaluación clínica se evalúa una escala de FLACC en 3 puntos. No presenta otros síntomas asociados.

Antecedentes relevantes:
Nacida a término, parto eutócico
Peso actual acorde a la edad
Función renal y hepática conservadas
No antecedentes de alergias medicamentosas
No ha recibido analgésicos previamente

¿cuál es el manejo farmacológico inicial más adecuado para esta paciente?

- ○ Iniciar AINEs de manera rutinaria
- ○ Administrar morfina oral a dosis bajas
- ○ Usar opioides menores como tramadol
- ○ Indicar ketamina intravenosa como analgésico inicial
- ⊗ Iniciar paracetamol ajustado a la edad y peso

En pacientes pediátricos con **dolor leve** que requieren cuidados paliativos, la GPC recomienda iniciar tratamiento con **paracetamol o AINEs**, de acuerdo con la valoración clínica. En **lactantes menores de 3 meses**, se sugiere el **uso exclusivo de paracetamol**, administrado a dosis ajustadas por edad y peso, con reevaluación periódica del dolor mediante una escala apropiada.

EsSalud

CASO 5

Paciente: Niño de 5 años, sexo masculino, con diagnóstico de tumor abdominal sólido avanzado (neuroblastoma estadio IV)

Tiempo de enfermedad: 1 año desde el diagnóstico oncológico; incremento del dolor en las últimas 2 semanas.



Motivo de consulta:
Dolor abdominal persistente que no responde adecuadamente al tratamiento analgésico actual.

Cuadro clínico actual:
Dolor abdominal persistente, de intensidad moderada a intensa, que interfiere con el sueño y la movilidad. El dolor se mantiene pese al uso regular de paracetamol a dosis adecuadas, con FPS promedio 7/10 en las últimas 48 horas.

Antecedentes relevantes:
Sin antecedentes de uso previo de opioides (paciente virgen de opioides)
No antecedentes de depresión respiratoria
Acceso a vía oral conservado

EsSalud

¿cuál es el manejo farmacológico inicial más adecuado para esta paciente?

- ○ Iniciar tramadol como opioide de elección
- ⊗ Iniciar morfina como opioide potente de primera elección, con titulación
- ○ Asociar codeína al paracetamol
- ○ Indicar ketamina intravenosa como primera línea
- ○ Suspender el tratamiento actual y reevaluar en 72 horas

Cuando un paciente pediátrico en cuidados paliativos presenta **dolor moderado a intenso** que no responde a la primera escalera analgésica, la GPC recomienda **escalar el tratamiento a opioides potentes**, siendo la **morfina el opioide de primera elección**. Su uso debe ser individualizado, con titulación progresiva, monitoreo clínico constante y preferencia por la vía oral cuando esté disponible.

EsSalud











EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras



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

3.1. En pacientes menores de 18 años con dolor y que requieran cuidados paliativos, sugerimos brindar terapia psicológica como parte del tratamiento.

4.1. En padres o cuidadores de niños con dolor y que requieren cuidados paliativos, sugerimos ofrecer terapias psicológicas y/o apoyo emocional, como parte de un enfoque integral de atención.

EsSalud

Recomendaciones y BPC trazadoras

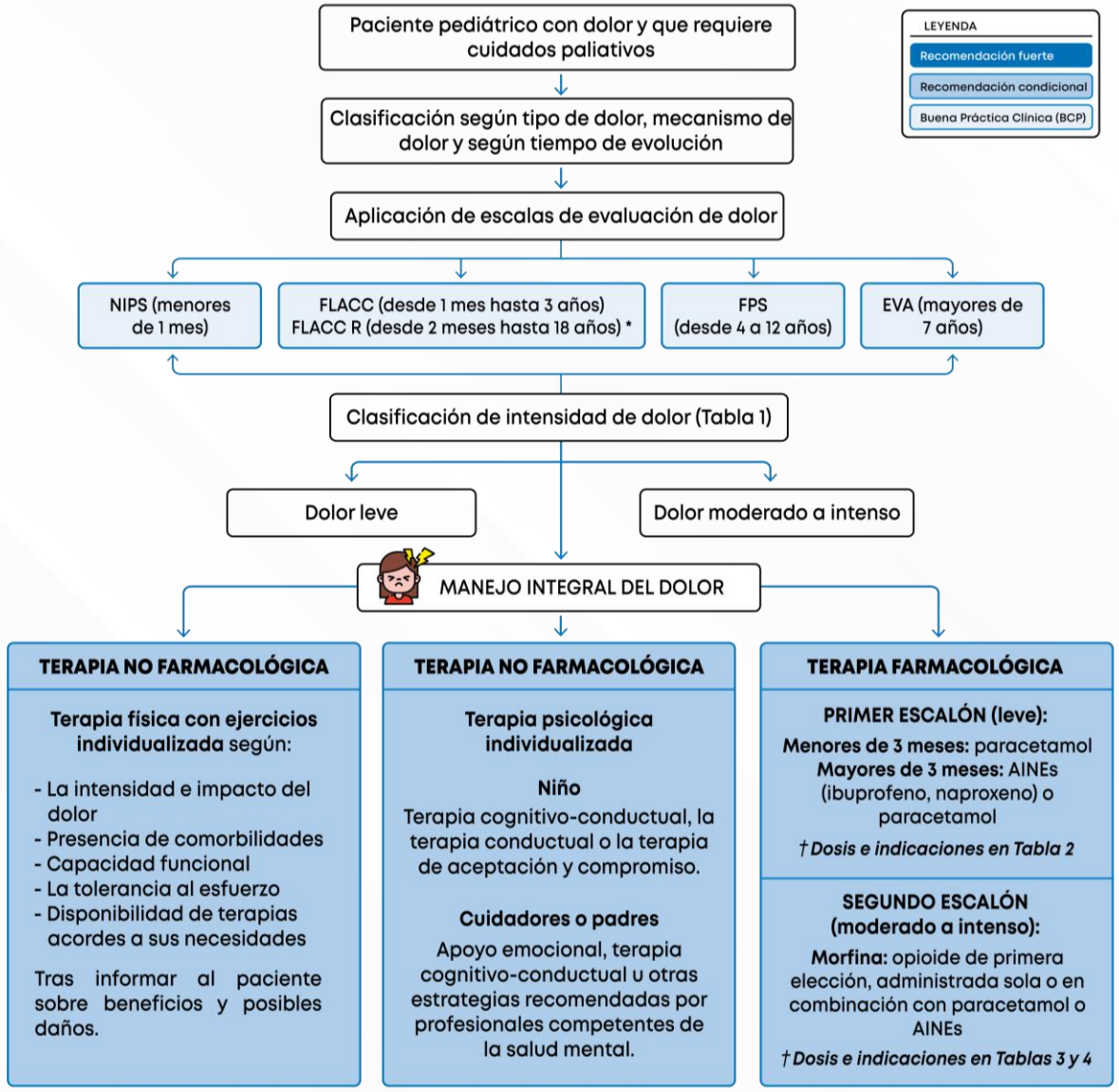


5.1. En pacientes menores de 18 años con dolor leve y que requieren cuidados paliativos, sugerimos iniciar terapia con AINEs o paracetamol, de acuerdo a la valoración clínica.

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.

EsSalud

Flujograma 1. Evaluación y manejo de paciente pediátrico con dolor y que requiere cuidados paliativos

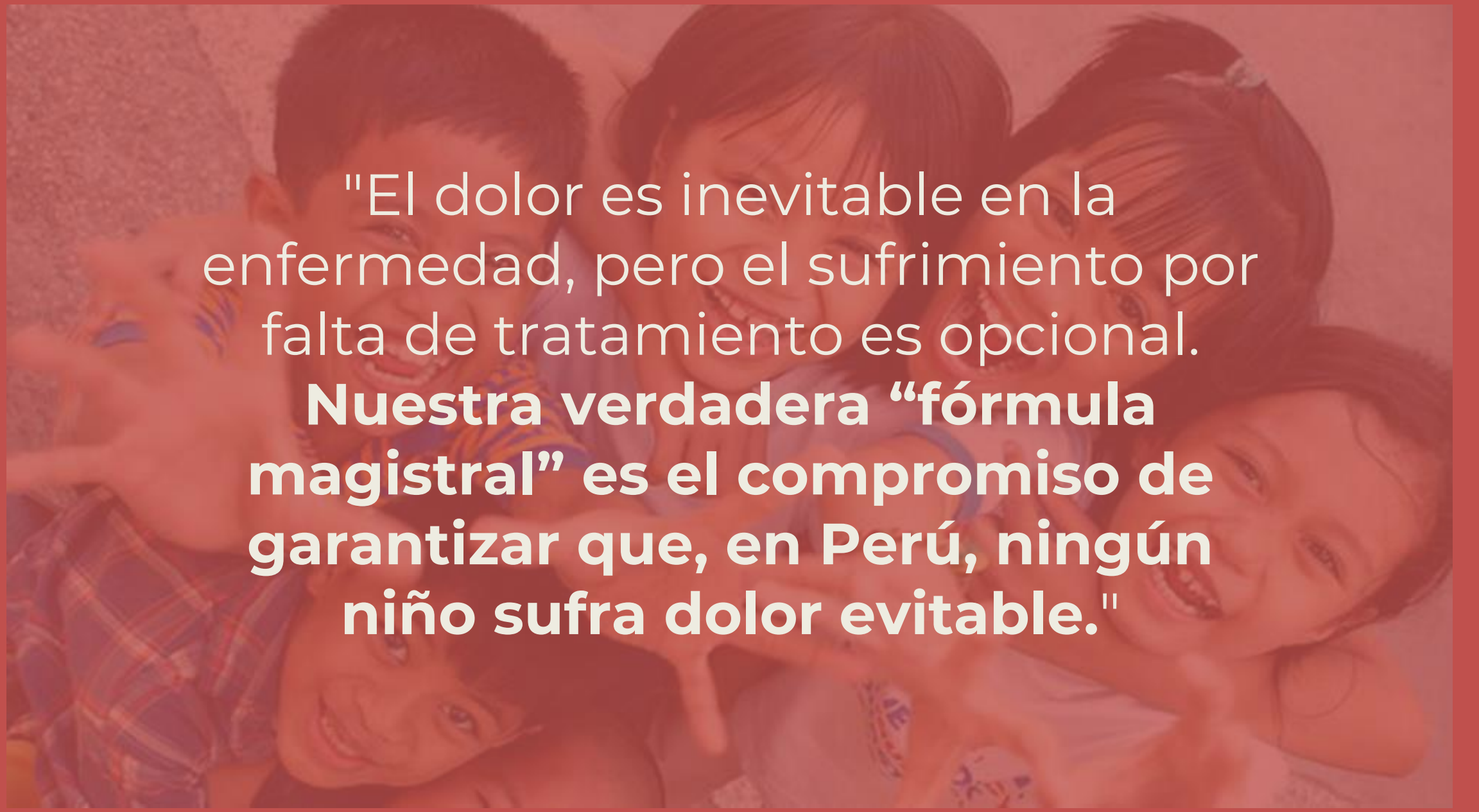


*En niños con discapacidades cognitivas.
NIPS: Neonatal Infant Pain Scale; FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolatibility; FLACC-R: Revised FLACC;
FPS: Faces Pain Scale; EVA: Escala Visual Analógica.

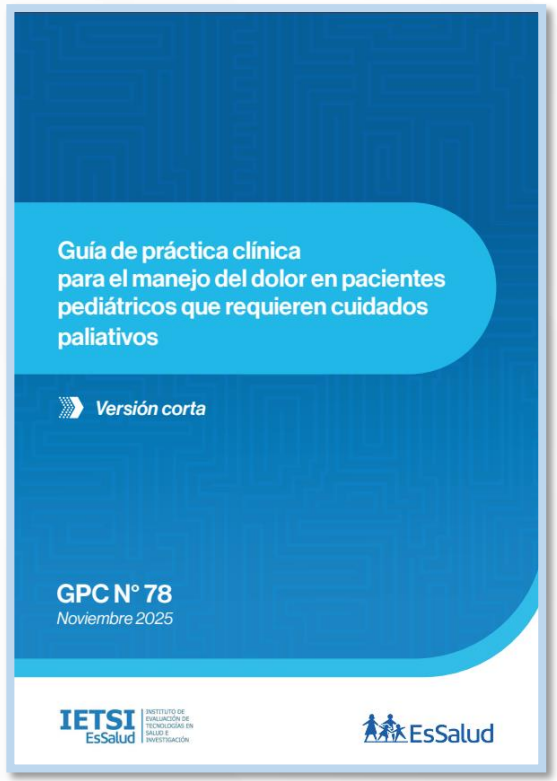
Conclusiones

- La evaluación del dolor debe realizarse de forma sistemática y continua, utilizando escalas validadas según edad, desarrollo y condición cognitiva, para orientar y ajustar el tratamiento.
- El manejo del dolor en cuidados paliativos pediátricos requiere un enfoque integral, que incorpore intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, de acuerdo con la valoración clínica individual.
- La terapia física con ejercicios, la terapia psicológica en el paciente y el apoyo psicológico a padres o cuidadores forman parte del abordaje recomendado, considerando las necesidades específicas de cada niño y su familia.
- El tratamiento farmacológico del dolor sigue un esquema escalonado, iniciando con paracetamol o AINEs en dolor leve y progresando a opioides potentes, principalmente morfina, en dolor moderado a intenso, con titulación individualizada y monitoreo continuo.
- La toma de decisiones debe sustentarse en el juicio clínico del profesional con experiencia en cuidados paliativos pediátricos, la reevaluación periódica del dolor y la participación informada del paciente y su familia, priorizando la calidad de vida y la seguridad.

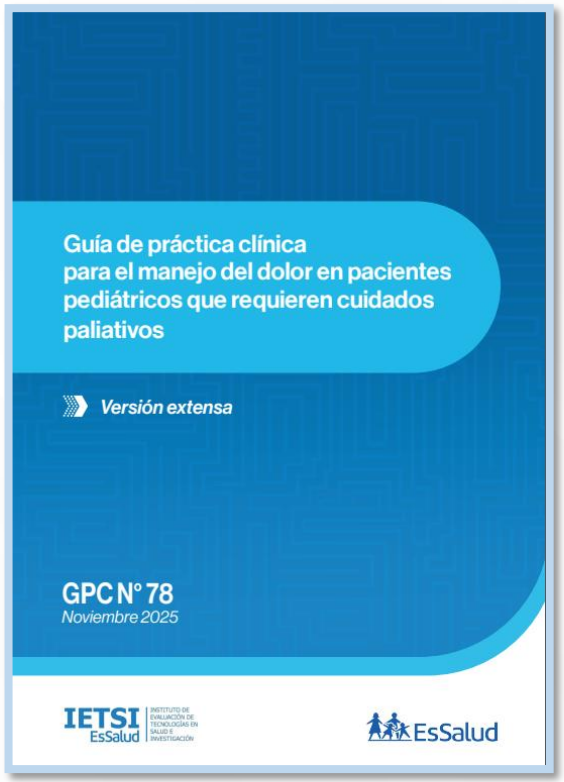
EsSalud


"El dolor es inevitable en la enfermedad, pero el sufrimiento por falta de tratamiento es opcional.
Nuestra verdadera "fórmula magistral" es el compromiso de garantizar que, en Perú, ningún niño sufra dolor evitable."

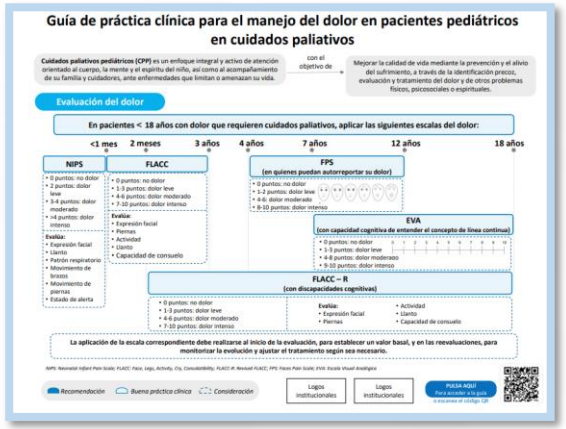
Accede a las guías de práctica clínica de IETSI



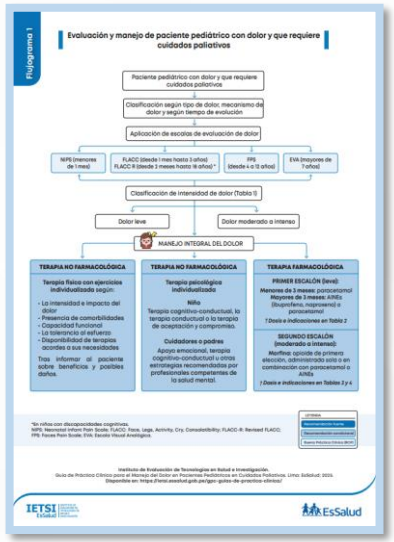
[Versión corta]



[Versión extensa]



[Resumen visual]



[Flujogramas]



[Versión para pacientes y cuidadores de pacientes]

Accede a las guías de práctica clínica de IETSI

https://ietsi.essalud.gob.pe/gpc-guias-de-practica-clinica/



www.gob.pe/**essalud**