



Guía de práctica clínica
Cuidados paliativos
Adopción

2016



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GERMAN ESCOBAR MORALES
Jefe de la Oficina de Calidad

FERNANDO RAMIREZ CAMPOS
Director de Medicamentos (E)

ELKIN OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención



Documento de Consulta



GUILLELMO SÁNCHEZ VANEGAS
Director Ejecutivo

AURELIO MEJÍA MEJÍA
Subdirector de Evaluación de Tecnologías
en Salud

ANGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ
Subdirectora de Producción de Guías de
Práctica Clínica

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO
Subdirector de Implantación y Diseminación

HERNÁN JARAMILLO ROJAS
Subdirector de Participación, Deliberación
y Comunicaciones



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

Documento de Consulta



Equipo Técnico Metodológico

Ángela Viviana Pérez (AP)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica magister en epidemiología clínica, especialista en epidemiología general, especialista en gestión de salud pública y seguridad social

Carlos Eduardo Pinzón Flórez (CP)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, magister en epidemiología clínica, Doctor en Salud Pública con énfasis en Sistemas de Salud

Fabio Alexander Sierra Matamoros
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Psicólogo, magister en epidemiología clínica

Juan Camilo Fuentes Pachón (JF)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, magister en Salud y seguridad del trabajo

Carolina Castillo Cañón (CC)
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Enfermera, especialista en epidemiología general
Magister Salud Pública (c)

Paola Avellaneda
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Economista

Expertos Temáticos

Martha Ximena León
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Médico, especialista en anestesiología, especialista en anestesiología pediátrica, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación médica

Jairo Moyano
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación
Médico, especialista en anestesiología, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación ciencias farmacológicas, magister en farmacoepidemiología.

Miguel Antonio Sánchez Cárdenas
Facultad de Enfermería, Universidad del Bosque
Enfermero, magister en administración de servicios de salud, doctor (c) en Bioética

Juan Mauricio Pardo Oviedo
Hospital Universitario Méderi
Médico, especialista en medicina interna, especialista en filosofía de la ciencia, especialista en medicina crítica y cuidado intensivo.



Exclusión de responsabilidad

El presente documento es una versión preliminar de una guía de práctica clínica para el manejo de la sintomatología de pacientes que requieren cuidados paliativos. En este documento se han incluido recomendaciones adoptadas de la *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*¹, disponible en la página:

<http://guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/>.

El permiso para la adopción y traducción de estas recomendaciones se encuentra en proceso de aprobación por parte de Guía Salud y de la agencia Osteba.

Declaración de conflictos de interés

Todos los miembros del grupo de adopción de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos realizaron la declaración de intereses al inicio del proceso. Estos incluyeron expertos temáticos y expertos metodológicos. Los miembros del panel de expertos y los representantes de los pacientes o cuidadores hicieron declaración de intereses previo a las sesiones de consenso para la adopción de las recomendaciones. Cada una de las declaraciones fue evaluada por un comité designado para tal fin.

Financiación

El proceso de adopción de la presente guía fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente gestor, mediante convenio de asociación No. 0142 de 2016, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS –

¹ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.



Declaración de independencia editorial

El trabajo técnico del proceso para la adopción de las recomendaciones incluidas en el presente documento fue realizado de manera independiente por el grupo de adopción de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. La entidad financiadora realizó un seguimiento a la elaboración del documento, sin embargo, no tuvo injerencia en el contenido de la misma.

Actualización

Teniendo en cuenta la fecha de publicación de la guía incluida en el proceso de adopción, así como el avance en la investigación para la atención de cuidados paliativos, la presente GPC deberá actualizarse en forma total o parcial en un período comprendido entre 1 y 2 años.

Documento preliminar

Tabla de contenido

Introducción	10
Alcance y objetivos	12
<i>Título de la guía</i>	12
<i>Objetivo</i>	12
<i>Población</i>	12
Grupos que se consideran	12
Grupos que no se consideran	12
<i>Ámbito asistencial</i>	12
<i>Aspectos clínicos centrales</i>	12
Aspectos clínicos abordados por la guía	12
Aspectos clínicos no cubiertos por la guía	13
<i>Estatus</i>	13
Siglas y abreviaturas	14
Glosario de términos	17
1. Resumen de recomendaciones	21
1. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos	21
2. Predicción de la supervivencia.....	21
3. Información, comunicación y toma de decisiones.....	21
4. Control de síntomas.....	23
5. Tratamiento del dolor.....	23
6. Astenia, anorexia-caquexia	24
7. Deshidratación	25
8. Síntomas respiratorios.....	25
8.1. Disnea	25
8.2. Tos	26
8.3. Obstrucción de la vena cava superior	26
9. Síntomas psicológicos y psiquiátricos.....	26
9.1. Delirium	26
9.2. Insomnio	27
9.3. Ansiedad	27
9.4. Depresión	28
10. Síntomas digestivos.....	28
10.1. Mucositis	28
10.2. Boca seca	29

10.3.	Candidiasis	29
10.4.	Disfagia	29
10.5.	Náuseas y vómitos	30
10.6.	Estreñimiento	30
10.7.	Diarrea	31
10.8.	Obstrucción intestinal.....	31
10.9.	Ascitis.....	31
10.10.	Hipo	32
11.	<i>Cuidados de la piel</i>	32
11.1.	Prevención y tratamiento de las úlceras	32
11.2.	Prurito.....	32
12.	<i>Síntomas urinarios</i>	33
12.1.	Tenesmo vesical.....	33
13.	<i>Urgencias</i>	33
13.1.	Hipercalcemia	33
13.2.	Comprensión medular	33
13.3.	Crisis convulsivas	34
13.4.	Hemorragia	34
14.	<i>Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en la fase final de la vida</i>	35
15.	<i>Apoyo psicosocial a la familia</i>	35
16.	<i>Fase final de la vida</i>	36
16.1.	Agonía.....	36
16.2.	Sedación paliativa	36
16.3.	Duelo	37
2.	Metodología.....	39
2.1.	<i>Conformación del grupo de adopción</i>	39
2.2.	<i>Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC</i>	39
2.2.1.	Búsqueda de guías de práctica clínica	39
2.2.2.	Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica	40
2.2.3.	Selección de guías de práctica clínica.....	41
2.3.	<i>Permiso para adopción de las recomendaciones</i>	41
2.4.	<i>Ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano</i>	41
	<i>Referencias</i>	43
3.	Anexos	45
	<i>Anexo 1. Declaración de conflictos de intereses</i>	45
	<i>Anexo 2. Búsquedas de guías de práctica clínica</i>	52
	1. Metodología.....	52
	2. Búsqueda de GPC para todos los pacientes.....	52



3.	Búsqueda de GPC para pacientes oncológicos	54
4.	Listado de GPC evaluadas con Agree II	58
<i>Anexo 3. Resultados de la aplicación de la herramienta 7.....</i>		<i>62</i>
1.	Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos para todos los pacientes	62
2.	Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos.....	68
<i>Anexo 4. Resultados de evaluación de calidad con el instrumento Agree II</i>		<i>80</i>
<i>Anexo 5. Resultados del consenso de expertos</i>		<i>84</i>

Documento preliminar



INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico y epidemiológico al cual se ven enfrentados los países tienen han generado un aumento en la expectativa de vida, así como una variación en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. La incorporación de nuevas tecnologías en salud, también contribuyen a prolongar la expectativa de vida de personas que padecen condiciones crónicas. La cronicidad y el auge de tratamientos encaminados a prolongar la sobrevivencia, así como también la poca respuesta al tratamiento, demandan una atención especial, acorde al estado físico, mental y emocional. Se estima que para el año 2020, solo a causa de cáncer, cinco millones de personas en el mundo van a requerir atención por síntomas severos antes de la muerte.

En el mundo y en Colombia, los entes gubernamentales han tomado conciencia de esta necesidad y se han generado mecanismos para promover una atención óptima e integral para las personas que requieren cuidados paliativos. Ejemplo de ello es la sanción de la Ley 1733 del 08 de Septiembre de 2014, por medio de la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

El cambio demográfico y epidemiológico al cual se ven enfrentados los países ha generado un aumento en la expectativa de vida, así como una variación en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. La incorporación de nuevas tecnologías en salud, ha contribuido a prolongar la expectativa de vida de personas que padecen condiciones crónicas.

En el mundo la esperanza de vida ha presentado un incremento que para el periodo comprendido entre 1990 y 2012 fue de 6 años. Se estima que para Colombia la esperanza de vida en el periodo 2010 – 2015 sea de 75 años. Cuando se estima la esperanza de vida por sexo, se evidencia que se espera una esperanza mayor en el sexo femenino (1).

La cronicidad y el auge de tratamientos encaminados a prolongar la sobrevivencia, así como también la poca respuesta al tratamiento, demandan una atención especial, acorde al estado físico, mental y emocional. Se estima que para el año 2020, solo a causa de cáncer, cinco millones de personas en el mundo van a requerir atención por síntomas severos antes de la muerte (2).

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud (OMS) los cuidados paliativos (CP) son considerados como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de



la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (3).

Se estima que tan solo el 15% de los países en el mundo han integrado al sistema de atención en salud, programas de cuidado paliativo, según el Observatorio Internacional para el final de la vida. En general los países cuentan con algún tipo de atención dirigida al cuidado paliativo, pero se caracterizan por ser servicios fragmentados y con limitaciones para el acceso (4).

En el mundo y en Colombia, los entes gubernamentales han tomado conciencia de esta necesidad y se han generado mecanismos para promover una atención óptima e integral para las personas que requieren cuidados paliativos. Ejemplo de ello es la sanción de la Ley 1733 del 08 de Septiembre de 2014 (5), por medio de la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.

Documento preliminar



Alcance y objetivos

Título de la guía

Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos (Adopción)

Objetivo

Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de pacientes en cuidados paliativos.

Población

Grupos que se consideran

Pacientes de 18 años de edad o más, oncológicos o no oncológicos, quienes requieren cuidados paliativos.

Grupos que no se consideran

No se incluye población pediátrica, dado que no se encontraron recomendaciones específicas para menores de 18 años en las GPC que cumplieron los criterios de selección para la adopción. Además las GPC orientadas a la población pediátrica identificadas en la búsqueda sistemática no cumplieron los criterios de calidad establecidos a priori para su inclusión en el proceso de adopción.

Ámbito asistencial

Esta guía está dirigida a todos los profesionales de la salud, que podrían estar involucrados en el cuidado de una persona que requiere cuidados paliativos; así como a pacientes, familiares, cuidadores, y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se dirige específicamente a los profesionales de la salud que trabajan en el componente primario de la atención y a todas aquellas especialidades médicas relacionadas con los cuidados paliativos. No obstante, esta guía puede también ser relevante para especialistas en cuidados paliativos, quienes prestan atención médica en servicios de diferentes grados de complejidad.

Aspectos clínicos centrales

Aspectos clínicos abordados por la guía

- Aspectos generales de los cuidados paliativos.
- Comunicación con el paciente y su familia.
- Control de síntomas, sedación y duelo.



- Apoyo psicosocial y espiritual.
- Atención a la familia.

Aspectos clínicos no cubiertos por la guía

Esta guía no cubre de manera exhaustiva, todas las áreas de los cuidados paliativos. Por lo tanto no se han incluido los siguientes aspectos:

- Nutrición.
- Técnicas específicas de tratamiento como terapias invasivas para el dolor.
- Tipos específicos de psicoterapia.
- Aspectos emocionales que afectan a los miembros de los equipos que proporcionan cuidados paliativos.
- Tratamiento de segunda línea con opioides fuertes.

El lector puede consultar información sobre aspectos clínicos no cubiertos por esta guía, tales como el uso de opioides y cuidados al final de la vida en las guías publicadas por el National Institute for Clinical Excellence (NICE), en los enlaces:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>

Estatus

Esta es la versión preliminar de la guía de práctica clínica.

Siglas y abreviaturas

ADT	Antidepresivos tricíclicos
AECC	Asociación Española contra el Cáncer
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos
AP	Atención primaria
BPI	Brief Pain Inventory
BZD	Benzodiazepinas
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CBD	Cuestionario Breve del Dolor
CDS	Cancer Dyspnea Scale
CEA	Comité de ética asistencial
CM	Compresión medular
CMM	Compresión medular maligna
CP	Cuidados paliativos
CRQ-D	Chronic Respiratory Questionnaire Dyspnea Subscale
SGRQ	Sant George's Respiratory Questionnaire
DP	Directrices previas
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo clínico aleatorizado
EGG	Electrocardiograma
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESAD	Equipos de soporte de atención domiciliaria
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
Escala ADL	Activities of Daily Living
Escala CARING	Cancer, Admissions, Residence in a nursing home, Intensive

	care unit, Noncancer hospice Guidelines
Escala ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
Escala FAST	Functional Assessment Staging
Escala MSAS	Memorial Symptom Assessment Scale
Escala PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate.
EVA	Escala visual analógica
FEV	Volumen espiratorio forzado
FFV	Fase final de la vida
GI	Gastrointestinal
GPC	Guía de práctica clínica
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IASP	International Association for the Study of Pain
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IECA	Inhibidor del enzima conversor de la angiotensina
IM	Intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
INR	International Normalised Ratio
IP	Instrucciones previas
ISRN	Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IV	Intravenoso
MANE	Morrow Assessment of Nausea and Emesis
MDAS	Memorial Delirium Assessment Tool
MELD	Model for End Liver Disease
NHPCO US	National Hospice Palliative Care Organization

NRS	Numeric Rating Scale.
NYHA	New York Heart Association
OIM	Obstrucción intestinal maligna
OMS	Organización Mundial de la Salud
OVCS	Obstrucción de la vena cava superior
PADES	Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte
PaP Score	Palliative Prognostic Score
PMA	Prótesis metálicas autoexpandibles
PPI	Palliative Prognostic Index
RCOPE	Brief Measure of Religious Coping
RCP	Respiratory compensation point
RMN	Resonancia magnética nuclear
RS	Revisión sistemática
SBI	System of Belief Inventory
SC	Subcutáneo
SCS	Síndrome de compresión medular
SDS	Symptom Distress Scale
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SNC	Sistema nervioso central
TAC	Tomografía axial computarizada
TIPS	Transjugular intrahepatic portosystemic shunt
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UPP	Úlceras por presión
VA	Voluntades anticipadas



Glosario de términos

AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe): Iniciativa internacional para facilitar el diseño y evaluación de guías de práctica clínica.

Agonía: Estado que precede a la muerte en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Se caracteriza por la aparición de un deterioro físico general, que suele ser rápidamente progresivo, evidenciándose un incremento de la debilidad, postración y disminución del nivel de alerta, con el consecuente aumento del número de horas de cama, disminución de la ingesta y alteración de las constantes vitales; tendencia progresiva a la hipotensión, taquicardia y oliguria, con percepción de muerte inminente por parte del paciente, familia y equipo de profesionales sanitarios.

Autonomía (principio de): Considera que toda persona tiene el derecho a disponer libremente y a actuar conforme a los principios que han regido su vida.

Calidad de vida: La percepción subjetiva de un individuo de vivir en condiciones dignas. Responde a las aspiraciones y a los máximos que una persona se quiere dar para sí.

CAMPAS-R: Instrumento utilizado para monitorizar en forma prospectiva síntomas en pacientes bajo cuidados paliativos domiciliarios. Utilizando escalas visuales análogas mide la severidad e interferencia de: dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento, fatiga, disnea, ansiedad y depresión.

Cochrane Library: Base de datos sobre efectividad producida por la Colaboración Cochrane, compuesta entre otras por las revisiones sistemáticas originales de esta organización.

Comité de ética: Toda comisión consultiva e interdisciplinaria, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria.

Ensayo clínico aleatorizado: Es un diseño de estudio en el que los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe un tratamiento estándar (o a veces un placebo). Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados. Así se evalúa la eficacia del tratamiento.

Estudio de cohortes: Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo, en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio.

Estudio de casos-control: Estudio que identifica a personas con una enfermedad (casos), por ejemplo cáncer de pulmón, y los compara con un grupo sin la enfermedad (control). La relación entre uno o varios factores (por ejemplo el tabaco) relacionados con la enfermedad se examina comparando la frecuencia de exposición a éste u otros factores entre los casos y los controles.

Estudio Transversal-Descriptivo: Es aquél que describe la frecuencia de un evento o de una exposición en un momento determinado (medición única). Permite examinar la relación entre un factor de riesgo (o exposición) y un efecto (o resultado) en una población definida y en un momento determinado (un corte). Llamados también estudios de prevalencia.

Eutanasia: El acto que tiene por objeto terminar deliberadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que él vive como intolerables, y a petición expresa de éste.

Eutanasia activa, positiva u occisiva: Son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre de manera intolerable.

Eutanasia pasiva, negativa o lenitiva: Consiste en la omisión o suspensión de actitudes terapéuticas que prolonguen la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible. Es lo que hoy se denomina limitación del esfuerzo terapéutico.

Embase: Base de datos europea (holandesa) producida por Excerpta Médica con contenido de medicina clínica y farmacología.

Especificidad: Es la proporción (o porcentaje) de personas realmente sanas que tienen un resultado del test negativo. Es decir, la proporción de verdaderos negativos.

Futilidad: Característica atribuida a un tratamiento médico que se considera inútil porque su objetivo para proveer un beneficio al paciente tiene altas probabilidades de fracasar y porque sus raras excepciones se valoran como azarosas y, por tanto, no pueden considerarse como argumento para tomar una decisión clínica. Se ha considerado que esta definición atiende a dos aspectos: uno, las altas probabilidades de fracasar (cuantitativo); otro, el beneficio del paciente (cualitativo). Otra definición: aquel tratamiento que no satisface las expectativas puestas en él o que simplemente resulta ineficaz.

Grupo focal: Es una técnica conversacional para la obtención de información en la investigación cualitativa, y como tal responde a los criterios de muestreo intencionado, flexibilidad y circularidad propios de dicha metodología. Consiste en una entrevista grupal en la que los participantes —entre 5 y 10— exponen y discuten sus valoraciones en torno a un tema propuesto por el investigador-moderador. El guión es abierto o semiestructurado y lo tratado en el grupo se graba y se transcribe para su posterior análisis.

Heterogeneidad: Ver «Homogeneidad».

Homogeneidad: Significa «similaridad». Se dice que dos o más estudios son homogéneos si sus resultados no varían entre sí más de lo que puede esperarse por azar. Lo opuesto a homogeneidad es heterogeneidad.

Intervalo de confianza: Es el intervalo dentro del que se encuentra la verdadera magnitud del efecto (nunca conocida exactamente) con un grado prefijado de seguridad o confianza. A menudo se habla de «intervalo de confianza al 95%» (o «límites de confianza al 95%»). Quiere decir que dentro de ese intervalo se encontraría el verdadero valor en el 95% los casos.

Cualitativa: Es una metodología que comprende una pluralidad de corrientes teóricas, métodos y técnicas, y se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello se sirve de los materiales empíricos (entrevistas, observaciones, textos, etc.) que mejor puedan describir las situaciones tanto rutinarias como problemáticas, y lo que significan en las vidas de los individuos.

Limitación del esfuerzo terapéutico: La decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos, con el objeto de no caer en la obstinación terapéutica.

Medline: Base de datos predominantemente clínica producida por la National Library of Medicine de EEUU disponible en CD-Rom e Internet (PubMed).

Metaanálisis: Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

NICE: Forma parte del NHS («National Health Service» de Inglaterra). Su papel es proveer a médicos, pacientes y al público en general de la mejor evidencia disponible, fundamentalmente en forma de guías clínicas.

NNT/NNH: Es una medida de la eficacia de un tratamiento: el número de personas que se necesitaría tratar (NNT) con un tratamiento específico para producir, o evitar, un evento adicional. Del mismo modo se define el número necesario para perjudicar o «number needed to harm» (NNH) para evaluar efectos indeseables.

Odds Ratio (OR): Es una medida de la eficacia de un tratamiento. Si es igual a 1, el efecto del tratamiento no es distinto del efecto del control. Si el OR es mayor (o menor) que 1, el efecto del tratamiento es mayor (o menor) que el del control. Nótese que el efecto que se está midiendo puede ser adverso (p.e. muerte, discapacidad) o deseable (p.e. dejar de fumar).

Proporcionalidad (criterio de): Es el análisis entre los efectos positivos del tratamiento o de los métodos de diagnóstico y los negativos —como las cargas que pueden suponer los efectos secundarios o el dolor que se pueda generar—. Es un criterio de buena práctica clínica que le corresponde hacer al profesional. A través del criterio de proporcionalidad se sabrá si el tratamiento médico o quirúrgico propuesto origina mayor beneficio al enfermo.

Regla de Predicción Clínica: Es una herramienta clínica que cuantifica la contribución individual de varios componentes de la historia clínica, exploración física y resultados de laboratorio u

otras variables sobre el diagnóstico, el pronóstico o la respuesta más probable a un tratamiento en un paciente concreto.

Revisión sistemática (RS): Es una revisión en la que la evidencia sobre un tema ha sido sistemáticamente identificada, evaluada y resumida de acuerdo a unos criterios predeterminados. Puede incluir o no el metaanálisis.

Riesgo Relativo (RR): El cociente entre la tasa de eventos en el grupo tratamiento y control. Su valor sigue la misma interpretación que la OR.

SIGN: Agencia escocesa multidisciplinaria que elabora guías de práctica clínica basadas en la evidencia, así como documentos metodológicos sobre el diseño de las mismas.

Sufrimiento: Es un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarla.

Documento preliminar

1. Resumen de recomendaciones

1. Aspectos organizativos de los cuidados paliativos

- 1.1. Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada. *(Recomendación D)*.
- 1.2. Todos los enfermos en FFV deberían tener acceso a un nivel básico de cuidados en todos los ámbitos de atención. *(Recomendación D)*.
- 1.3. Los CP de cualquier nivel deberían ser proporcionados, preferentemente, por un equipo multidisciplinar adecuado. *(Recomendación B)*.

2. Predicción de la supervivencia

- 2.1. Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos (hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia), el estado funcional (Karnofski), la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score), la escala PPS y PPI, la presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium, la opinión del clínico sobre la calidad de vida y el deterioro cognitivo. *(Recomendación D)*.
- 2.2. En enfermos no oncológicos, los modelos predictivos generales de supervivencia precisan una mayor validación. Es preferible considerar los factores de mal pronóstico de cada enfermedad o escalas validadas (Seattle Heart Failure Model para ICC, MODEL para insuficiencia hepática, BODE para EPOC y otras para valoración clínica específica a consideración del médico tratante), siempre teniendo presente la incertidumbre y el curso poco predecible de las enfermedades no malignas. *(Recomendación C)*.
- 2.3. La forma en que se comunica el pronóstico es tan importante como la precisión del mismo (✓).
- 2.4. Es necesaria la validación de los distintos instrumentos en nuestro medio, así como la evaluación del impacto de su utilización sobre la práctica clínica (✓).

3. Información, comunicación y toma de decisiones

- 3.1. Los profesionales sanitarios deberían disponer de las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con pacientes y cuidadores, y deberían recibir una formación adecuada al respecto. *(Recomendación C)*.
- 3.2. La información y la comunicación deberían basarse en las preferencias expresadas por los pacientes, evitando la interpretación de sus deseos por parte de los profesionales sanitarios. (✓)

- 3.3. Es importante que los profesionales sanitarios muestren explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar. *(Recomendación D)*.
- 3.4. Las necesidades de información y las preferencias del enfermo deben valorarse regularmente. *(Recomendación B)*.
- 3.5. Las noticias relevantes, como el diagnóstico, no deberían retrasarse, respetando de manera individual los deseos de información de cada paciente (incluido el deseo de no ser informado). Deberían comunicarse de forma sincera, sensible y con margen de esperanza. Este tipo de información ha de proporcionarse en un lugar cómodo, tranquilo, con privacidad y sin interrupciones. *(Recomendación D)*.
- 3.6. La información verbal puede acompañarse de otros métodos de información de refuerzo, como la información escrita. Los métodos deberían basarse en preferencias individuales. *(Recomendación B)*.
- 3.7. Las organizaciones sanitarias deberían proporcionar la posibilidad de que los profesionales que trabajan con pacientes que precisan CP tengan una formación adecuada en habilidades para la comunicación. La formación debería ser intensiva, basada en escenarios reales y con sesiones posteriores de recordatorio. *(Recomendación B)*.
- 3.8. Debería fomentarse la participación de enfermos y cuidadores en la toma de decisiones al final de la vida, a través de profesionales adecuadamente entrenados y respetando el deseo de las personas de no tomar parte en las decisiones. *(Recomendación D)*.
- 3.9. Los profesionales que participan en la toma de decisiones deben aportar información clara y suficiente, permitiendo al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión. *(Recomendación D)*.
- 3.10. Los clínicos deberían facilitar la toma de decisiones ante dilemas éticos en la FFV (reorientación del esfuerzo terapéutico, alimentación e hidratación, sedación, etc.), teniendo en cuenta el estado clínico y los valores y preferencias del enfermo y su familia. (✓)
- 3.11. Se recomienda informar al equipo las decisiones adoptadas y registrar el proceso en la historia clínica. *(Recomendación D)*.
- 3.12. En caso de dudas durante el proceso de toma de decisiones, puede estar indicada una solicitud de asesoramiento a expertos, o a comité de ética en caso de requerirse. *(Recomendación D)*.

4. Control de síntomas

Principios generales

- 4.1. La valoración de los síntomas del paciente en FFV debe ser multidisciplinar, individualizada, adaptada al enfermo y su familia y continuada en el tiempo (*Recomendación D*).
- 4.2. En el caso de optar por el uso de escalas de valoración de síntomas, se recomienda la utilización de instrumentos validados. En nuestro medio puede utilizarse la escala ESAS-r. La escala Rotterdam Symptom Checklist (validada en lengua española) puede ser utilizada en el contexto de la investigación o en estudios sobre evaluación del impacto de los CP. (*Recomendación D*).
- 4.3. Los principios de un control efectivo de síntomas incluyen una valoración individualizada y, si fuera posible, el tratamiento de la etiología o mecanismo subyacente a cada síntoma; una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles; la elección de la pauta de tratamiento más sencilla, efectiva y cómoda; la información al enfermo y a su familia de las opciones disponibles, y la consideración de sus preferencias y un plan de seguimiento a la respuesta. (*Recomendación D*).
- 4.4. La vía de administración preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea. En algunos casos (fentanilo y buprenorfina) puede utilizarse la vía transdérmica. (*Recomendación D*).

5. Tratamiento del dolor

- 5.1. En la atención al dolor en CP se recomienda realizar una evaluación integral del dolor, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia. (*Recomendación D*).
- 5.2. El equipo de profesionales que trata el dolor en CP debería instruir e involucrar al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas, para lograr adecuada adherencia al tratamiento. (✓).
- 5.3. En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), escala de dolor para pacientes con demencia PAINAD, el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) o la que el médico tratante considere adecuada. (*Recomendación D*).
- 5.4. Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor en pacientes oncológicos. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente. (*Recomendación D*).

- 5.5. La administración de analgésicos debería ser pautada. Se debe monitorizar la respuesta al tratamiento y adecuar la dosis de forma individualizada. *(Recomendación D)*.
 - 5.6. Morfina oral es el tratamiento de elección en el tercer escalón de analgesia. *(Recomendación A)*.
 - 5.7. Los antidepresivos tricíclicos son los fármacos de elección en el dolor neuropático. En caso de intolerancia o contraindicación se recomiendan los anticonvulsivantes (gabapentina). Los opioides pueden utilizarse en el dolor neuropático y son la primera opción que debe considerarse en caso de dolor asociado de otra etiología que requiera un nivel de analgesia con dichos fármacos. Cuando la respuesta al tratamiento es insuficiente, se pueden asociar fármacos con distintos mecanismos de acción, monitorizando la respuesta y los efectos adversos. *(Recomendación A)*.
 - 5.8. Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo, excepto, en los pacientes con insuficiencia renal (10% de la dosis diaria por dosis). *(Recomendación B)*.
 - 5.9. Las terapias alternativas no constituyen un tratamiento de primera línea para el dolor en pacientes en CP. *(Recomendación B)*.
 - 5.10. Los pacientes con metástasis óseas dolorosas deberían recibir analgesia conforme a la escalera de la OMS, comenzando por los AINE cuando no está contraindicado. *(Recomendación D)*.
 - 5.11. La radioterapia es el tratamiento de elección en las metástasis óseas dolorosas *(Recomendación B)*.
 - 5.12. En los pacientes con metástasis óseas dolorosas y pronóstico superior a seis meses, dependiendo del tipo de tumor y de su extensión, se recomienda el uso de bisfosfonatos (pamidronato y ácido zolendrónico). *(Recomendación B)*.
 - 5.13. Los radioisótopos no deberían utilizarse como primera línea del tratamiento de las metástasis óseas, aunque podrían ser útiles en casos seleccionados, como pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos. *(Recomendación B)*.
- 6. Astenia, anorexia-caquexia**
- 6.1. La evaluación inicial por parte del equipo ante un paciente con astenia, anorexia-caquexia incluye la identificación y, si es posible, el tratamiento de las causas desencadenantes; el consejo sobre actividades diarias; reposo y sueño adaptados a cada situación, y una exploración de las expectativas y creencias sobre la alimentación de los pacientes y cuidadores. *(Recomendación D)*.
 - 6.2. En casos seleccionados en los que la anorexia sea un síntoma predominante, se puede ensayar un tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la predicción de la

supervivencia, los síntomas acompañantes, las interacciones farmacológicas y los posibles efectos secundarios de la medicación. *(Recomendación A)*.

- 6.3. En caso de necesidad de tratamiento farmacológico, los corticoides, en primer lugar, y el acetato de megestrol, como segunda opción, son los fármacos de elección. No se recomienda el uso de hidracina. Se requieren más estudios con metilfenidato. *(Recomendación A)*.

7. Deshidratación

- 7.1. La vía oral es la vía de elección para el aporte de líquidos; siempre que se pueda debe evitarse el uso de la vía parenteral. *(Recomendación D)*.
- 7.2. La administración de líquidos por vía parenteral requiere una valoración individualizada, sopesando ventajas e inconvenientes. Esta valoración debe incluir las expectativas sobre la administración de fluidos del paciente y su familia. *(Recomendación D)*.
- 7.3. Si se opta por la rehidratación parenteral, puede considerarse en primer lugar la vía subcutánea, siempre que se cuente con los medios necesarios y personal preparado (médico, enfermero, auxiliar de enfermería, promotor de salud o cuidadores entrenados en caso de no contar con el recurso humano mencionado). *(Recomendación B)*.
- 7.4. En caso de imposibilidad de las vía SC y venosa, puede considerarse el uso de la vía rectal. *(Recomendación D)*.
- 7.5. En caso de optar por la rehidratación parenteral fuera del ámbito hospitalario, la hipodermoclisis es la primera opción que debe considerarse. (✓).

8. Síntomas respiratorios

8.1. Disnea

- 8.1.1. Deben tratarse de forma específica las causas reversibles de la disnea, como la insuficiencia cardiaca, la exacerbación de la EPOC, las arritmias cardiacas, la anemia, derrame pleural o pericárdico, la infección bronquial, el embolismo pulmonar o el síndrome de la vena cava superior. *(Recomendación D)*.
- 8.1.2. Se recomienda valorar la intensidad de los síntomas relatada por el paciente. *(Recomendación D)*.
- 8.1.3. En ausencia de evidencia adecuada que permita predecir qué pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento con oxígeno para aliviar la disnea, se recomienda valorar la continuidad del tratamiento según la respuesta individual. *(Recomendación B)*.

8.1.4. Los opioides por vía oral o parenteral son fármacos de primera elección en el tratamiento de la disnea. *(Recomendación A)*.

8.1.5. Los corticoides están indicados en caso de disnea producida por asma, EPOC, obstrucción tumoral de la vía aérea o linfangitis carcinomatosa. *(Recomendación D)*.

8.2. Tos

8.2.1. Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. *(Recomendación D)*.

8.2.2. Para la elección de fármacos, se recomienda valorar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración. *(Recomendación D)*.

8.2.3. Como fármacos iniciales pueden utilizarse dihidrocodeína, codeína, levodropropizina o cloperastina. *(Recomendación B)*.

8.2.4. En pacientes con cáncer de pulmón en los que la tos no responde a tratamientos habituales puede utilizarse cromoglicato disódico. *(Recomendación C)*.

8.2.5. En caso de precisar tratamiento para la tos debida a la EPOC puede utilizarse codeína, dihidrocodeína o dextrometorfano. *(Recomendación D)*.

8.3. Obstrucción de la vena cava superior

8.3.1. Los pacientes con OVCS pueden ser tratados con corticoides, radioterapia, quimioterapia o implantación de stents, en función de su estado general, el tipo histológico de tumor y su extensión, y la disponibilidad de las técnicas. *(Recomendación D)*.

9. Síntomas psicológicos y psiquiátricos

9.1. Delirium

9.1.1. La atención inicial al paciente con delirium debería incluir la identificación y tratamiento de las causas desencadenantes, con especial atención al consumo de determinados fármacos (opioides); la información adecuada a los familiares y cuidadores, y la valoración de la necesidad del tratamiento sintomático farmacológico. *(Recomendación D)*.

9.1.2. Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento del delirium*. *(Recomendación B)*. *Excepto en la población geriátrica.

9.1.3. Se puede añadir lorazepam a haloperidol en caso de delirium con ansiedad o agitación. *(Recomendación D)*.

- 9.1.4. En el delirium con agitación intensa no controlada se puede utilizar levomepromazina o, alternativamente, midazolam. *(Recomendación D)*.
- 9.1.5. La hipodermoclisis puede utilizarse en caso de sospecha de delirium producido por opioides en pacientes deshidratados. *(Recomendación D)*.
- 9.1.6. Se recomienda reservar la utilización de antipsicóticos atípicos para casos seleccionados en los que haloperidol está contraindicado o no se tolera. En situaciones como las demencias con cuerpos de Lewy o en enfermos de parkinson, en las que no se recomienda el uso de haloperidol o risperidona, puede ser necesario recurrir a otros antipsicóticos, como olanzapina, clozapina o quetiapina. *(Recomendación D)*.
- 9.1.7. Los antidepresivos tricíclicos están restringidos en pacientes ancianos incluso para el tratamiento del dolor neuropático o la depresión por sus efectos anticolinérgicos. (Grupo desarrollador, ✓).

9.2. Insomnio

- 9.2.1. La valoración de un paciente con insomnio debería realizarse mediante una entrevista semiestructurada dirigida a evaluar los factores relacionados con el insomnio: factores que predisponen, higiene del sueño, control de síntomas, efectos secundarios de la medicación y expectativas del paciente respecto al sueño. *(Recomendación D)*.
- 9.2.2. Siempre que sea posible se deben intentar corregir los factores que predisponen al insomnio o lo desencadenan. *(Recomendación D)*.
- 9.2.3. Se recomienda el abordaje inicial mediante una estrategia cognitivo-conductual en todos los pacientes con insomnio. *(Recomendación D)*.
- 9.2.4. Se recomienda prescribir una benzodiazepina o un agonista de receptores benzodiazepínicos a los pacientes que no respondan bien al tratamiento no farmacológico o que no puedan esperar a la aplicación del mismo. *(Recomendación D)*.
- 9.2.5. En los casos de depresión asociada o ante la falta de respuesta a las benzodiazepinas pueden utilizarse los antidepresivos con acción sedante para el tratamiento del insomnio. *(Recomendación D)*.

9.3. Ansiedad

- 9.3.1. El tratamiento de la ansiedad requiere una evaluación individual del paciente en FFV que incluya las posibles causas desencadenantes, su estado adaptativo, el estadio de la enfermedad, los tratamientos asociados y las preferencias del paciente. *(Recomendación D)*.

- 9.3.2. Las medidas de apoyo psicológico al enfermo y sus allegados son la primera medida que debe proporcionarse tras la valoración individual. *(Recomendación D)*.
- 9.3.3. Los tratamientos farmacológicos se recomiendan cuando el apoyo psicológico no es suficiente. Pueden utilizarse BZD, preferentemente las de acción corta o intermedia. *(Recomendación D)*.
- 9.3.4. En caso de ansiedad asociada a depresión, delirium, disnea o dolor intenso, pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos, haloperidol u opioides, respectivamente. (✓).

9.4. Depresión

- 9.4.1. La evaluación inicial del paciente deprimido en CP comprende: identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, valoración de los efectos adversos y las interacciones de los tratamientos farmacológicos previos y estimación del posible riesgo de suicidio. *(Recomendación D)*.
- 9.4.2. La terapia inicial del paciente deprimido en CP comprende intervenciones estructuradas psicosociales, incluida la psicoterapia por el personal del equipo que le atiende y, si el caso lo requiere, por personal especializado dentro de un programa estructurado. *(Recomendación B)*.
- 9.4.3. En caso necesario pueden utilizarse fármacos antidepresivos (ISRS o tricíclicos), teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, otros fármacos que recibe el paciente y su perfil de síntomas en cada momento. *(Recomendación B)*.
- 9.4.4. Los psicoestimulantes, como metilfenidato, pueden usarse como alternativa a los antidepresivos tricíclicos e ISRS, sobre todo cuando se precisa un inicio rápido del efecto antidepresivo o en los casos con expectativa de vida muy corta. *(Recomendación D)*.

10. Síntomas digestivos

10.1. Mucositis

- 10.1.1. La indicación del tratamiento farmacológico preventivo debe realizarse de acuerdo con el riesgo de desarrollar mucositis, riesgo basado en la situación clínica y en la modalidad y dosificación del tratamiento (radioterapia o quimioterapia). *(Recomendación D)*.
- 10.1.2. La prevención mediante fármacos o medidas locales (enzimas hidrolíticas, pastillas de hielo, bencidamina, sulfato de zinc) o parenterales (amifostina) puede realizarse en casos seleccionados. *(Recomendación B)*.
- 10.1.3. La base del cuidado de la mucositis es la higiene cuidadosa y la analgesia sistémica. *(Recomendación B)*.

10.2. *Boca seca*

- 10.2.1. En los pacientes con xerostomía, además de la higiene de la boca, se pueden utilizar estimulantes de la salivación, hielo o saliva artificial. *(Recomendación D)*.
- 10.2.2. En el caso de precisarse tratamiento farmacológico de la xerostomía está indicada la pilocarpina, teniendo en cuenta su beneficio y la posibilidad de efectos secundarios. *(Recomendación A)*.

10.3. *Candidiasis*

- 10.3.1. La candidiasis no relacionada directamente con radioterapia o quimioterapia puede ser tratada en primer lugar con antifúngicos tópicos (preferentemente miconazol o clotrimazol) y, en caso necesario, con antifúngicos orales (itraconazol y fluconazol). *(Recomendación B)*.
- 10.3.2. En los pacientes oncológicos con candidiasis oral tras tratamiento inmunosupresor, puede utilizarse el tratamiento con ketoconazol, fluconazol y clotrimazol. *(Recomendación A)*.
- 10.3.3. En los pacientes oncológicos con neutropenia o alto riesgo de padecerla que van a recibir tratamientos con quimioterapia y radioterapia, los antifúngicos que se absorben en el tracto gastrointestinal total o parcialmente (fluconazol, ketoconazol, itraconazol, miconazol y clotrimazol) son los fármacos de elección en la prevención de la candidiasis oral. *(Recomendación A)*.

10.4. *Disfagia*

- 10.4.1. El tratamiento de la disfagia requiere una valoración individualizada para identificar y, si es posible, tratar las diferentes causas implicadas. *(Recomendación D)*.
- 10.4.2. La dieta debe adaptarse a las características clínicas de la disfagia. Se recomienda una dieta blanda, de acuerdo a los gustos de cada paciente. En el caso de disfagia por líquidos se pueden utilizar espesantes. *(Recomendación D)*.
- 10.4.3. En caso de disfagia obstructiva por invasión tumoral se puede ensayar un ciclo corto de corticoides. *(Recomendación D)*.
- 10.4.4. En caso de disfagia grave que no responde al tratamiento y que impide la alimentación oral, el equipo, el paciente y sus cuidadores en conjunto pueden decidir el uso de sonda nasogástrica o la realización de ostomías teniendo en consideración el pronóstico de paciente. *(Recomendación D)*.

10.5. *Náuseas y vómitos*

- 10.5.1. El tratamiento de las náuseas y vómitos en el paciente en FFV requiere una valoración cuidadosa de la etiología y los factores implicados (hipertensión endocraneal por invasión tumoral, trastornos metabólicos, fármacos, afectación visceral, etc.) para poder realizar un tratamiento individualizado. (✓).
- 10.5.2. En los pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia, la profilaxis de las náuseas y vómitos debería basarse en el riesgo de emesis. *(Recomendación D)*.
- 10.5.3. En los vómitos inducidos por quimioterapia con moderado o bajo riesgo de emesis, se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT₃ (como ondansetrón) y corticoides. *(Recomendación B)*.
- 10.5.4. En los vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo de emesis se recomienda la asociación de antagonistas de 5HT₃, corticoides y aprepitant. *(Recomendación B)*.
- 10.5.5. En los vómitos irruptivos tras el tratamiento con quimioterapia o radioterapia pueden utilizarse los corticoides, domperidona, metoclopramida o combinaciones de corticoides con metoclopramida o domperidona, dependiendo de la intensidad de los síntomas. *(Recomendación D)*.
- 10.5.6. Metoclopramida es el tratamiento de elección en los pacientes con náuseas y vómitos sin relación con la quimioterapia o la radioterapia. Los antagonistas de 5HT₃ pueden añadirse a la terapia convencional en caso de escaso control de síntomas. *(Recomendación B)*.
- 10.5.7. En los vómitos anticipatorios puede utilizarse la psicoterapia mediante técnicas conductuales. Alprazolam y lorazepam pueden utilizarse como terapia añadida al consejo y a la psicoterapia. *(Recomendación B)*.

10.6. *Estreñimiento*

- 10.6.1. De acuerdo con el estado clínico del paciente se recomienda el uso de laxantes (sen, lactulosa sola o asociada a sen, polietilenglicol, sales de magnesio y parafina líquida) junto con una dieta adecuada (fibra e hidratación suficiente) y ejercicio adaptado. *(Recomendación A)*.
- 10.6.2. La prescripción de opioides debe acompañarse de medidas preventivas para el estreñimiento, incluidos los laxantes. *(Recomendación B)*.
- 10.6.3. En el caso de impactación fecal pueden usarse los laxantes por vía rectal (supositorios o enemas). *(Recomendación D)*.

10.7. *Diarrea*

- 10.7.1. El tratamiento de la diarrea en CP requiere la identificación de posibles causas corregibles, la valoración del grado en función del ritmo de las deposiciones y la afectación del estado general, y un tratamiento inicial con dieta y aporte de líquidos adecuados. *(Recomendación D)*.
- 10.7.2. Loperamida está indicado cuando persista la diarrea de origen no infeccioso, incluidos los estadios 1 y 2 producidos por quimioterapia o radioterapia. *(Recomendación B)*.
- 10.7.3. Loperamida está indicado hasta conseguir 12 horas sin deposiciones. En el caso de la radioterapia, está indicado durante el tiempo que dure el tratamiento. *(Recomendación D)*.
- 10.7.4. En caso de diarrea refractaria puede utilizarse octreótido por vía subcutánea en casos seleccionados con una dosis inicial óptima de 0,1 mg tres veces al día. *(Recomendación B)*.

10.8. *Obstrucción intestinal*

- 10.8.1. Los pacientes con OIM requieren una valoración individual que tenga en cuenta su situación funcional, incluidas las contraindicaciones quirúrgicas; la localización de la obstrucción; sus preferencias; la disponibilidad de las técnicas quirúrgicas o endoscópicas, y la experiencia con ellas en el medio donde se trata al paciente. *(Recomendación D)*.
- 10.8.2. La cirugía y la colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA/stents) pueden utilizarse en pacientes con OIM seleccionados. *(Recomendación C)*.
- 10.8.3. El tratamiento médico de la obstrucción intestinal debe incluir analgésicos, antieméticos y antisecretores. Pueden utilizarse, como terapia añadida corticoides. *(Recomendación C, ajustada por expertos)*.
- 10.8.4. Octreótido puede utilizarse en caso de ausencia de respuesta a las medidas anteriores. (✓).

10.9. *Ascitis*

- 10.9.1. En caso de ascitis maligna que precise tratamiento sintomático puede utilizarse la paracentesis. *(Recomendación D)*.
- 10.9.2. Puede plantearse el tratamiento con diuréticos en casos muy seleccionados en los que se sospeche presencia de niveles de renina elevados, y en ascitis por cirrosis avanzada. *(Recomendación D)*.

10.9.3. Las derivaciones peritoneovenosas deben plantearse en casos seleccionados tras el fracaso de las medidas anteriores. *(Recomendación D)*.

10.10. Hipo

10.10.1. El tratamiento del paciente con hipo persistente o intratable requiere una valoración cuidadosa y el tratamiento de las posibles causas. En caso de persistir el hipo, se debe intentar un tratamiento con medidas físicas. *(Recomendación D)*.

10.10.2. En caso necesario puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. *(Recomendación D)*.

10.10.3. En caso de hipo intratable, y tras el fracaso de la terapia por vía oral, puede utilizarse midazolam parenteral. *(Recomendación D)*.

11. Cuidados de la piel

11.1. Prevención y tratamiento de las úlceras

11.1.1. Las medidas de prevención de las UPP son: cambios posturales, adecuada nutrición, no elevar la cabecera de la cama más de 30 grados y mantener una adecuada limpieza e hidratación. *(Recomendación D)*.

11.1.2. Se recomienda utilizar superficies especiales de apoyo en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP. *(Recomendación A)*.

11.1.3. Se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP. *(Recomendación A)*.

11.1.4. Se recomienda elegir el tipo de apósito en función del estadio y las características de la úlcera, de los objetivos y de la preferencia del paciente. *(Recomendación D)*.

11.1.5. Puede utilizarse metronidazol por vía tópica para disminuir el olor en úlceras neoplásicas. *(Recomendación D)*.

11.2. Prurito

11.2.1. El manejo inicial de la persona con prurito consiste en identificar y, si es posible, tratar específicamente las causas subyacentes, con especial hincapié en los fármacos. Deben evitarse los factores agravantes, como el alcohol, las comidas picantes, el calor, el uso de ropa ajustada, la utilización de jabones con detergentes, etc. *(Recomendación D)*.

11.2.2. Deben proporcionarse cuidados generales de la piel que incluyan una hidratación suficiente y prevención de lesiones de rascado. *(Recomendación D)*.

11.2.3. En caso necesario se administrarán tratamientos farmacológicos según el origen del prurito (opioides, urémico, colestasis, paraneoplásico, piel seca). El tratamiento se podrá cambiar según la respuesta terapéutica. *(Recomendación D)*.

12. Síntomas urinarios

12.1. *Tenesmo vesical*

12.2. En ausencia de evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento del tenesmo vesical en CP, pueden utilizarse fármacos anticolinérgicos, antiespasmódicos, AINE*, corticoides y anestésicos locales. *(Recomendación D)*.

*Tenga en cuenta las contraindicaciones para AINES.

13. Urgencias

13.1. *Hipercalcemia*

13.1.1. Debe considerarse la posibilidad de hipercalcemia en pacientes en CP con empeoramiento de su estado general sin una causa clara que lo explique. (✓).

13.1.2. El tratamiento de elección de la hipercalcemia grave es la hidratación junto con fármacos hipocalcemiantes. *(Recomendación A)*.

13.1.3. Los bisfosfonatos por vía IV son los fármacos de elección en la hipercalcemia aguda; se recomiendan dosis altas de aminobisfosfonatos potentes (como ácido zolendrónico o pamidrónico). *(Recomendación A)*.

13.1.4. Puede utilizarse calcitonina de salmón por vía SC o IM durante las primeras horas y continuar después con bisfosfonatos. *(Recomendación D)*.

13.1.5. Los corticoides pueden utilizarse en tumores hematológicos o en pacientes con hipervitaminosis D debida a granulomatosis. *(Recomendación D)*.

13.2. *Compresión medular*

13.2.1. Ante la sospecha clínica de CMM debe solicitarse una RMN para confirmar el diagnóstico. *(Recomendación D)*.

13.2.2. La sospecha de CMM requiere la derivación urgente del paciente para realizar un estudio y tratamiento apropiados. (✓).

13.2.3. Ante un paciente con CMM debe realizarse una valoración individual que incluya nivel y número de compresiones espinales, tipo de tumor y extensión, pronóstico vital y funcional, grado de afectación neurológica, preferencias del paciente y disponibilidad de tratamiento con radioterapia y cirugía. *(Recomendación D)*.

13.2.4. El tratamiento debe llevarse a cabo lo antes posible. *(Recomendación C)*.

- 13.2.5. Se recomienda administrar corticoides a dosis altas, tanto en el tratamiento con radioterapia como con cirugía. *(Recomendación B)*.
- 13.2.6. La radioterapia como único tratamiento es preferible en caso de contraindicación de la cirugía, tumores radiosensibles, paraplejía establecida, compresiones a varios niveles, fracaso de la cirugía o deseo del paciente. *(Recomendación D)*.
- 13.2.7. La cirugía combinada con la radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados con pronóstico vital superior a 3 meses. *(Recomendación B)*.

13.3. Crisis convulsivas

- 13.3.1. El manejo inicial de un paciente con crisis convulsivas en CP debe incluir la identificación y el tratamiento de las posibles causas desencadenantes e instrucciones a los cuidadores del paciente, incluida la posibilidad de administración de medicación anticonvulsivante. *(Recomendación D)*.
- 13.3.2. El estatus epiléptico es una emergencia médica que requiere una derivación urgente hospitalaria. *(Recomendación D)*.
- 13.3.3. El tratamiento inicial de la crisis convulsiva es diazepam IV o rectal. La opción alternativa es midazolam subcutáneo. *(Recomendación D)*.
- 13.3.4. En caso de precisarse tratamiento para prevenir nuevas crisis, la elección del tratamiento tiene que realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta los tipos de crisis; la experiencia de uso; los efectos secundarios; y la posibilidad de interacciones farmacológicas, incluida la quimioterapia. *(Recomendación D)*.

13.4. Hemorragia

- 13.4.1. Se debe advertir y preparar a los cuidadores de los pacientes de riesgo sobre la posibilidad de un sangrado masivo. *(Recomendación D)*.
- 13.4.2. Es necesario ofrecer disponibilidad de atención urgente con la mayor cobertura horaria posible, incluido un teléfono de contacto directo para el caso de sangrado masivo. *(Recomendación D)*.
- 13.4.3. Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:
- Disponer en la cabecera del paciente un recipiente y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.
 - Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.

- c) Disponer de midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea, que podría repetirse en caso necesario
- d) Notificación al equipo de CP. *(Recomendación D)*.

14. Apoyo psicosocial y espiritual a la persona en la fase final de la vida

- 14.1. La evaluación psicosocial del paciente en CP debería incluir los siguientes campos: aspectos relativos al momento vital, significado e impacto de la enfermedad, estilo de afrontamiento, impacto en la percepción de uno mismo, relaciones (tipo de familia, amigos, etc.), fuentes de estrés (dificultades económicas, problemas familiares, etc.), recursos espirituales, circunstancias económicas, relación médico-paciente, red de recursos sociales (centros sociosanitarios, trabajadores sociales, etc.) *(Recomendación D)*.
- 14.2. Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes en CP deberían ofrecerles un soporte emocional básico. *(Recomendación B)*.
- 14.3. Los pacientes con niveles significativos de sufrimiento psicológico deberían ser derivados para recibir apoyo psicológico especializado. *(Recomendación D)*.
- 14.4. Se debería promover la formación de los profesionales sanitarios en técnicas de apoyo psicosocial. *(Recomendación D)*.
- 14.5. En ausencia de evidencia apropiada sobre cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual, se recomienda ofrecer dicho apoyo como parte integral de los cuidados, cualquiera que sea el contexto de atención, y con un enfoque basado en los principios de la comunicación efectiva. *(Recomendación D)*.
- 14.6. Se deben identificar actores sociales y establecer objetivos comunes para establecer puentes entre trabajadores sanitarios y sociales de los ámbitos hospitalario y comunitario. (✓).
- 14.7. El equipo que atiende a una persona en CP debería tener en cuenta sus creencias y necesidades espirituales. *(Recomendación D)*.
- 14.8. Es importante considerar las diferencias culturales respecto a la espiritualidad, sin que ello justifique la falta de atención a estos aspectos en personas que pertenecen a grupos culturales distintos al nuestro. *(Recomendación D)*.

15. Apoyo psicosocial a la familia

- 15.1. Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información. Debe ofrecerse a los cuidadores la posibilidad de expresar sus necesidades de apoyo e información. *(Recomendación C)*.

- 15.2. Se recomienda ofrecer un soporte emocional básico a los cuidadores. *(Recomendación D).*
- 15.3. La planificación de servicios para los cuidadores debería incluir las siguientes premisas:
- a) Los servicios deben estar centrados en las necesidades de los cuidadores.
 - b) La accesibilidad y aceptabilidad debe valorarse al inicio.
 - c) Los objetivos deben ser claros y modestos.
 - d) Los resultados deberían ser evaluados. *(Recomendación C).*
- 15.4. Se recomienda identificar a los cuidadores más vulnerables o deprimidos con el objeto de ofrecerles un apoyo psicosocial intensivo o servicios especializados. *(Recomendación D).*

16. Fase final de la vida

16.1. *Agonía*

- 16.1.1. La atención adecuada en los últimos días de la vida debería incluir:
- a) Informar a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y, en general, proporcionar la información necesaria y adecuada a sus necesidades.
 - b) Explicar y consensuar el plan de cuidados con el paciente y su familia.
 - c) Valorar la medicación que toma el paciente, suspendiendo los fármacos no esenciales previa explicación de los motivos.
 - d) Tratar los síntomas que producen sufrimiento. Los fármacos necesarios deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio.
 - e) Interrumpir intervenciones o pruebas innecesarias o fútiles, según los deseos del paciente.
 - f) Valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, su familia y sus cuidadores.
 - g) Facilitar la atención en un ambiente tranquilo, respetando la intimidad y facilitando la proximidad de familiares y amigos.
 - h) Facilitar las vías y los recursos necesarios tanto para la hospitalización como para la atención a domicilio. *(Recomendación D).*

16.2. *Sedación paliativa*

- 16.2.1. El proceso de sedación paliativa o en la agonía requiere:

- a) Una indicación terapéutica correcta efectuada por un médico (existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo)
 - b) Profesionales con una información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
 - c) Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.
 - d) El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente. *(Recomendación D).*
- 16.2.2. La correcta prescripción de la sedación paliativa en la agonía requiere:
- a) Una cuidadosa evaluación del diagnóstico del final de la vida.
 - b) La presencia de síntomas y de sufrimiento físico o psíquico refractario.
 - c) Una evaluación de la competencia del paciente a la hora de tomar las decisiones. *(Recomendación D).*
- 16.2.3. El consentimiento verbal se considera suficiente, si bien en ocasiones podría realizarse por escrito. Siempre debe quedar constancia del mismo en la historia clínica. *(Recomendación A).*
- 16.2.4. En el paciente no competente, el consentimiento se debe realizar en el siguiente orden:
- a) Primero, mediante consulta al Registro de Instrucciones Previas o Voluntades Anticipadas.
 - b) En ausencia de instrucciones previas, el equipo médico debe valorar los deseos del paciente con la familia o los allegados, considerando los valores y los deseos previamente expresados.
 - c) En ausencia de b), se recomienda pactar la sedación con la familia. *(Recomendación D).*
- 16.2.5. Se recomienda la utilización de midazolam como primera opción para la sedación para la mayoría de los síntomas, y levopromazina cuando el delirium es el síntoma predominante. *(Recomendación D).*
- 16.2.6. Se recomienda monitorizar el nivel de sedación del paciente, utilizando para ello la escala de Ramsay. *(Recomendación D).*

16.3. Duelo

- 16.3.1. La identificación del riesgo de duelo complicado debería realizarse en base a lo siguiente:
- a) Los factores de riesgo.
 - b) El juicio clínico.

- c) La información acerca del entorno familiar (genograma) o procedente de éste.
(Recomendación D).
- 16.3.2. No se recomiendan las intervenciones formales o estructuradas en el duelo normal. *(Recomendación B).*
- 16.3.3. En el duelo normal se recomienda proporcionar información acerca del duelo y sobre los recursos disponibles, y apoyo emocional básico. *(Recomendación D).*
- 16.3.4. En el duelo de riesgo se recomienda realizar un seguimiento regular, con apoyo emocional, valorando individualmente la necesidad de psicoterapias específicas y estructuradas. *(Recomendación B).*
- 16.3.5. Se recomienda derivar a servicios especializados (psicología, psiquiatría, etc.) a la persona con duelo complicado para que reciba atención específica y estructurada. *(Recomendación B).*
- 16.3.6. Los profesionales que atienden a los pacientes en la FFV y a sus familiares deberían tener acceso a una formación elemental en duelo que les capacite para proporcionar cuidados básicos a los dolientes, comprender y explorar sus necesidades, valorar los factores de riesgo, y detectar a las personas con duelo complicado y derivarlas a un servicio especializado. *(Recomendación D).*

Documento Primario

2. Metodología

2.1 Conformación del grupo de adopción

Se conformó un grupo de trabajo para la adopción de las recomendaciones integrado por expertos metodológicos y temáticos. Los expertos metodológicos incluyeron profesionales del área de la salud con formación en epidemiología clínica y experiencia en el desarrollo *de novo*, adaptación y adopción de guías de práctica clínica (GPC). Los expertos temáticos incluyeron médicos especializados en cuidados paliativos, anestesiología y medicina interna y un profesional en enfermería, todos con experiencia en cuidados paliativos (CP). Este grupo de trabajo llevó a cabo el siguiente proceso:

- Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC.
- Identificación de barreras y facilitadores para la implementación de las recomendaciones.
- Ajuste a las recomendaciones para su implementación al contexto nacional.
- Preparación del documento final.

Todos los miembros del grupo declararon sus intereses y un comité evaluó sus posibles conflictos de interés y las consecuentes limitaciones de participación en el proceso de adopción de la GPC (Anexo 1).

1.1. Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura (RSL) con el propósito de buscar GPC sobre atención de la sintomatología de los cuidados paliativos, posteriormente se evaluó la calidad de las GPC encontradas y se seleccionaron aquellas con alta calidad para extraer las recomendaciones para adopción.

1.1.1. Búsqueda de guías de práctica clínica

1.1.1.1. Búsqueda

Se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) en organismos desarrolladores o recopiladores de guías, en bases de datos académicas (Medline, Embase, Tripdatabase) y en forma manual (bases de datos no académicas y sugerencias de guías por expertos temáticos), siguiendo las indicaciones de la Guía metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en Colombia (GM).

Para incluir todos los posibles grupos de pacientes que reciben cuidados paliativos se elaboraron dos estrategias de búsqueda, una sobre GPC para cuidados paliativos en general y otra para cuidados paliativos en población oncológica. Además, la búsqueda no se limitó por grupos de edad.

La búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores no se limitó por tiempo o idioma. La búsqueda en bases de datos se limitó a los últimos cuatro años.

Las búsquedas se realizaron hasta el 28/02/2016. Las estrategias empleadas se presentan en el Anexo 1. Declaración de conflictos de intereses

Esta declaración fue realizada específicamente en el inicio de las actividades de la adopción de la guía y en las reuniones de consenso para la formulación de las recomendaciones. Se empleó el formato para la declaración de intereses sugerido por la Guía Metodológica, que incluye la declaración de intereses económicos personales, personales de un familiar, económicos no personales o no económicos personales.

Adicional a estos requisitos, los participantes enviaron la hoja de vida actualizada, excepto los representantes de pacientes y cuidadores en quienes no aplica.

Las declaraciones de conflictos de intereses fueron analizadas por un comité conformado para tal fin el cual emitió una calificación sobre los potenciales conflictos estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados

Según el reglamento de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS -, la clasificación supone:

Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su

Categoría	Definición	Implicación
	comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso	participación no estará afectada por el conflicto.
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica debido a la naturaleza de sus intereses.

El proceso de evaluación de conflictos de interés se llevó a cabalidad para todos los miembros del grupo de adopción y los participantes en el panel de expertos, quienes completaron su componente ético haciendo entrega del formato de declaración de conflicto de intereses acompañado de la hoja de vida respectiva.

Grupo de adopción

Expertos metodológicos

Nombre	Entidad	Calificación
Ángela Viviana Pérez (AP)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Médica magister en epidemiología clínica, especialista en epidemiología general, especialista en gestión de salud pública y seguridad social	A
Carlos Eduardo Pinzón Flórez (CP)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Médico, magister en epidemiología clínica, doctor en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud	A
Fabio Alexander Sierra Matamoros	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Psicólogo, magister en epidemiología clínica	A
Juan Camilo Fuentes	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –	A

Nombre	Entidad	Calificación
Pachón (JF)	IETS ,Médico, magister en Salud y seguridad del trabajo	
Carolina Castillo Cañón (CC)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Enfermera, especialista en epidemiología general	A
Paola Avellaneda	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Economista	A

Expertos Temáticos

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Jairo Ricardo Moyano Acevedo	Médico, especialista en anestesiología, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación ciencias farmacológicas, magíster en farmacoepidemiología. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación	A
Marta Ximena León	Médico, especialista en anestesiología, especialista en anestesiología pediátrica, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación médica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.	A
Miguel Antonio Sánchez	Enfermero, magister en administración de servicios de salud, doctor (C) en Bioética. Facultad de enfermería, Universidad del Bosque.	A
Juan Mauricio Pardo	Médico, especialista en medicina interna, especialista en filosofía de la ciencia, especialista en medicina crítica y cuidado intensivo. Hospital Universitario Méderi	A

Panel de expertos

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Liliana Marcela Tamara	Médica, Especialista en Bioética, Especialista en auditoria en salud, Magister en protección Social. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	A
Pedro Pablo Pérez	Médico, Especialista en medicina familiar, Especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos. Hospital Occidente de Kennedy.	A
Alejandra Ceballos	Médica, Especialista en medicina familiar y comunitaria, Segunda especialidad en medicina del dolor y cuidados paliativos. Hospital Militar Central, FUCS, Hospital San José centro.	A
Juan Carlos Hernández	Médico cirujano, Maestría en atención integral de pacientes en cuidado paliativo con formación en terapia Gestalt integrativa, Magister en cuidados paliativos. Presidente ASOCUPAC.	A
Aura Marixa Guerrero	Médica cirujana, Especialista en anestesiología, especialista en epidemiología, Master en tratamiento del dolor. Directora médica IOIR	A
Lucy Barrera	Licenciada en enfermería, Especialista en enfermería pediátrica, Magister en enfermería con énfasis en salud familiar. Enfermera voluntaria ACELA.	A
Carmen Ruíz	Médica cirujana, Especialista en medicina familiar, Médica familiar en Hospital Militar Central - Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.	A
Juan Guillermo Santacruz	Médico cirujano, Especialista en medicina interna, Subespecialista en dolor y cuidados paliativos, Magister en dirección de empresas. Fundación Santafé de Bogotá.	A
María Mercedes Fajardo	Médica, Especialista en anestesiología con	A

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
	entrenamiento en medicina del dolor y cuidados paliativos. Centro Médico Imbanaco.	
Claudia Patricia Agamez	Médica cirujana, Especialista en medicina familiar, Especialista en dolor y cuidados paliativos, Especialista en Bioética. ACHO - Clínica el Country	A
Víctor Hugo Forero	Médico cirujano, Especialista en medicina familiar, Especialista en gerencia en salud, Magister en epidemiología clínica. Director de investigación de la Clínica Juan N Corpas.	A
María Piedad Sarmiento	Médica cirujana, Especialista en pediatría, Especialista en Bioética, Especialista en pediatría intensivista, Máster en cuidados paliativos pediátricos. Asociación Colombiana Médica Crítica y Cuidados Intensivos.	A
Iván Riaño Forero	Médico cirujano, Especialista en medicina interna, Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, Magister en Bioética. Médico internista intensivista y jefe de la unidad de cuidado intensivo del HUSI.	A
Carolina Wiesner	Médica cirujana, Especialista en filosofía de las ciencias, Máster en ciencias de la salud pública, Doctorado en estudios sociales. Directora general encargada del Instituto Nacional de Cancerología.	A
Ana Carolina Gama	Medica cirujana, Especialista en geriatría, Máster en bioética. Medica geriatra en el Hospital Universitario San Ignacio.	A
Iván Andrés Bobadilla	Médico cirujano, Especialista en radioterapia oncológica. Médico oncólogo radioterapeuta de la Clínica del Country.	A
Julián Sánchez Castillo	Médico cirujano, Especialista en epidemiología, Magister en ciencias de farmacología. Liga contra el Cáncer.	A

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Rosa Victoria Castañeda	Enfermera, Especialista enfermería oncológica, Especialista en bioética, Asociación Oncológica – INC.	A
Rodrigo Alberto Heredia	Médico cirujano, Especialista en geriatría, Instituto de envejecimiento Universidad javeriana.	A
Jairo Becerra	Ingeniero de sistemas, Fundación GIST.	A
María Isabel Galvis	Odontóloga. Fundación Simmon Cáncer	A
Nancy Lucia Moreno	Médica cirujana, Especialista en psiquiatría, Especialista en epidemiología, Especialista en dolor y cuidado paliativo. Méderi - Universidad del Rosario.	A
Carlos Hernán Rodríguez Martínez	Instituto Nacional de Cancerología	A
Adriana María Garzón	Administradora de empresas. Presidenta Fundación Simmon Cáncer.	A
Luis Ricardo González	Médico cirujano, especialista en pediatría, Magister en cuidados paliativos pediátricos. HOMI.	A
Claudia Liliana Buitrago Martín	Medica cirujana, Especialista en medicina interna. Grupo de dolor Universidad del Rosario. Hospital San José y Clínica Colombia.	A
Jaime Torres	Presidente Asocolnef	Observador
Sandra Patricia Flórez	Médica, Especialista en anestesiología, Magister en epidemiología clínica. Profesora Universidad de la Sabana	Observador
Edgar Celis	Médico cirujano, Especialista en anestesiología, Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo. Fundación Santafé de Bogotá.	Observador
Mauricio González	SENT.	Observador



Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Gloria Villota	Médica epidemióloga. Asesora de calidad - Ministerio de Salud y Protección Social.	Observador
Jose A. Posada	UAE- Asesor Fondo Nacional de Estupeficientes.	Observador
Lina Toledo	Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátría, Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátría. Jefe de geriatría Fundación Cardioinfantil.	Observador
Omaira Roldán	Coordinador Ministerio de Salud y Protección Social.	Observador

Documento preliminar

Anexo 2.

1.1.1.2. Tamización

Una vez se realizaron las estrategias de búsqueda, dos metodólogos en forma independiente tamizaron las referencias encontradas teniendo en cuenta los siguientes criterios de elegibilidad, en el orden en que se presentan a continuación:

- El documento es una GPC.
- El documento incluye recomendaciones para el manejo de síntomas en CP.
- El documento está publicado en español o inglés.

Los resultados de búsqueda y tamización se presentan en el anexo 2.

1.1.1.3. Preselección

Los documentos que cumplieron los criterios de elegibilidad fueron preseleccionados, para la evaluación de calidad, por medio de la herramienta 7 propuesta en la GM, cuyos ítems son:

- ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
- ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
- ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
- ¿Establece recomendaciones?
- ¿Año de publicación \geq 4 años? Se consideró la fecha de la última búsqueda de la literatura o actualización de la evidencia.

Si alguna GPC no cumplió uno o más de estos criterios no se evaluó su calidad. Tampoco se evaluó la calidad de guías adaptadas o adoptadas. Sin embargo, dada la falta de disponibilidad de GPC se permitió la evaluación de aquellas desarrolladas *de novo*, publicadas antes del año 2012. Los resultados de la aplicación de la herramienta 7 se presentan en el anexo 4.

1.1.2. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

La calidad de las GPC fue evaluada por medio de la herramienta AGREE II. Este instrumento fue diseñado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual son desarrolladas las guías de práctica clínica, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías y establecer la información y la forma en que esta debe ser presentada en las guías. El instrumento tiene 23 ítems, con calificación en escala tipo Likert de 7 puntos, organizados en 6 dominios: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial. En cada uno de estos dominios la calificación máxima posible es del 100%.

Dos expertos metodológicos, con experiencia en el uso del AGREE II, aplicaron la herramienta de manera independiente y utilizaron el algoritmo propuesto en el manual del AGREE II para obtener la calificación de las GPC en cada uno de los dominios. Los resultados de la evaluación de calidad se presentan en el anexo 5.

1.1.3. Selección de guías de práctica clínica

La selección de guías se realizó por medio de un trabajo conjunto entre expertos metodológicos y temáticos. Se utilizó como criterio una calificación de 60% o más en el Dominio 3 (Rigor en la elaboración) junto con una calificación de 30% o más en el Dominio 6 (Independencia editorial) del AGREE II. Además, se tuvieron en cuenta los aspectos clínicos considerados en las diferentes GPC. Las tres GPC que cumplieron este criterio fueron:

- Care of dying adults in the last days of life (6).
- Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults (7).
- Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos (8).

1.2. Permiso para adopción de las recomendaciones

Se solicitó autorización a la biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud Español (Guiasalud) y al National Institute for Clinical Excellence (NICE) para el uso de las recomendaciones publicadas en sus GPC en el proceso de adopción. No fue posible obtener autorización de NICE para el uso de sus recomendaciones.

1.3. Ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, el grupo de trabajo revisó para cada una de las recomendaciones la disponibilidad de tecnologías, aprobación de agencias regulatorias, entrenamiento del personal de salud y acceso y arquitectura del sistema de salud. En el caso de las recomendaciones de la *guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*, se determinó la vigencia de sus recomendaciones, pues fue publicada en el año 2008.

Este proceso dio lugar a seis conductas con respecto a cada una de las recomendaciones:

- Adopción sin modificación alguna: la recomendación no requirió cambios en su redacción.
- No adopción de la recomendación: la recomendación no se incluyó debido a que la tecnología propuesta se consideró obsoleta.

- Adopción de la recomendación como punto de buena práctica clínica: dado que ya no existe variabilidad en la conducta incluida en la recomendación, esta se consideró como un punto de buena práctica clínica.
- Adopción de la recomendación como punto para la implementación de la guía: la recomendación indicó una conducta necesaria para la implementación de otras recomendaciones. Por lo tanto se consideró su inclusión en el capítulo de consideraciones para la implementación.
- Adopción con modificaciones: sin cambiar la conducta propuesta en la recomendación original la recomendación requirió cambios en su redacción o cambios necesarios para facilitar su implementación, tales como ajustes en las dosis propuestas, exclusión de medicamentos o tecnologías sin registro INVIMA e inclusión de escalas de valoración adicionales a las propuestas en las recomendaciones originales.

Las recomendaciones que correspondieron a la última opción fueron presentadas en una reunión de consenso formal de expertos; en esta se revisó la recomendación original y la propuesta de modificación y se discutieron aspectos relacionados con su implementación en el contexto nacional. Los ajustes fueron consensuados por votación individual utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Se definió consenso cuando el 70% o más de los votos se encontraron en los niveles 4 y 5, de lo contrario se llevó a cabo una segunda ronda de votación precedida de un espacio de discusión y modificación de los ajustes propuestos. En caso de no llegar a consenso en la segunda ronda el ajuste se realizó teniendo en cuenta las preferencias de los representantes de los pacientes. Los resultados del consenso y los ajustes consensuados se presentan en el Anexo 5.

El panel de expertos estuvo conformado por especialistas de las diferentes áreas relacionadas con la atención a pacientes en cuidados paliativos (cuidados paliativos, anestesiología, medicina interna, geriatría, psicología, psiquiatría, enfermería, neurología, cuidados intensivos), quienes previamente declararon sus intereses, los cuales fueron evaluados por un comité para determinar potenciales conflictos de interés y consecuentes limitaciones parciales o totales en



su participación. En la reunión de consenso participaron, además, dos representantes de los pacientes y representantes del Ministerio de Salud y Protección Social (ver Anexo 7).

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Análisis de la situación en salud Colombia 2014. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf.
2. Sarmiento-Medina MI. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*. 2011;1(2):23-37.
3. World Health Organisation. WHO Definition of Palliative Care [Internet] [Place Unknown]2016 [cited 2016 Abril]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#>.
4. Sepúlveda-Bermedo C. Perspectiva de la OMS para el desarrollo de cuidados paliativos en el contexto de programa de control de cáncer en países en vías de desarrollo. In: Astudillo W, Montiano E, Salinas-Martín A, Díaz-Albo E, Mendinueta C, editors. *Manejo del cáncer en atención primaria*. 2016. Astigarraga, Gipuzkoa: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; 2009. p. 395-402.
5. Ley consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. Ley 1733 del 08 de septiembre de 2014. Congreso de Colombia.
6. National Clinical Guideline Centre. Care of dying adults in the last days of life. Clinical guideline NG31. Methods, evidence and recommendations. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015.
7. National Collaborating Centre for Cancer. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. Clinical guideline. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2012.
8. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.

3. Anexos

Anexo 1. Declaración de conflictos de intereses

Esta declaración fue realizada específicamente en el inicio de las actividades de la adopción de la guía y en las reuniones de consenso para la formulación de las recomendaciones. Se empleó el formato para la declaración de intereses sugerido por la Guía Metodológica, que incluye la declaración de intereses económicos personales, personales de un familiar, económicos no personales o no económicos personales.

Adicional a estos requisitos, los participantes enviaron la hoja de vida actualizada, excepto los representantes de pacientes y cuidadores en quienes no aplica.

Las declaraciones de conflictos de intereses fueron analizadas por un comité conformado para tal fin el cual emitió una calificación sobre los potenciales conflictos estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados

Según el reglamento de inhabilidades e incompatibilidades y conflictos de intereses del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS -, la clasificación supone:

Categoría	Definición	Implicación
A	Identifica el conflicto como INEXISTENTE. Esta condición ocurre cuando la persona no declara ningún interés particular o cuando se declara algún interés que no guarda ninguna relación con el tema en discusión o en deliberación.	Se permite la participación de la persona en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida
B	Identifica el conflicto como PROBABLE. Esta condición ocurre cuando la persona declara un interés particular que, a consideración del comité, podría afectar la independencia de la persona de alguna manera, pero que no le impide completamente su participación en algunas etapas del proceso	Se permite una participación limitada en los procesos en los que se identifique que su participación no estará afectada por el conflicto.

Categoría	Definición	Implicación
C	Identifica el conflicto como CONFIRMADO. Esta situación ocurre cuando el comité identifica un claro conflicto de los intereses de la persona con el proceso en cuestión.	No se permite la participación de la persona en el desarrollo de una temática específica debido a la naturaleza de sus intereses.

El proceso de evaluación de conflictos de interés se llevó a cabalidad para todos los miembros del grupo de adopción y los participantes en el panel de expertos, quienes completaron su componente ético haciendo entrega del formato de declaración de conflicto de intereses acompañado de la hoja de vida respectiva.

Grupo de adopción

Expertos metodológicos

Nombre	Entidad	Calificación
Ángela Viviana Pérez (AP)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Médica magister en epidemiología clínica, especialista en epidemiología general, especialista en gestión de salud pública y seguridad social	A
Carlos Eduardo Pinzón Flórez (CP)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Médico, magister en epidemiología clínica, doctor en Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud	A
Fabio Alexander Sierra Matamoros	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Psicólogo, magister en epidemiología clínica	A
Juan Camilo Fuentes Pachón (JF)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Médico, magister en Salud y seguridad del trabajo	A
Carolina Castillo Cañón (CC)	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Enfermera, especialista en epidemiología	A



Nombre	Entidad	Calificación
	general	
Paola Avellaneda	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, Economista	A

Expertos Temáticos

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Jairo Ricardo Moyano Acevedo	Médico, especialista en anestesiología, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación ciencias farmacológicas, magíster en farmacoepidemiología. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación	A
Marta Ximena León	Médico, especialista en anestesiología, especialista en anestesiología pediátrica, especialista en dolor y cuidados paliativos, especialista en educación médica. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación.	A
Miguel Antonio Sánchez	Enfermero, magister en administración de servicios de salud, doctor (C) en Bioética. Facultad de enfermería, Universidad del Bosque.	A
Juan Mauricio Pardo	Médico, especialista en medicina interna, especialista en filosofía de la ciencia, especialista en medicina crítica y cuidado intensivo. Hospital Universitario Méderi	A

Panel de expertos

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Liliana Marcela Tamara	Médica, Especialista en Bioética, Especialista en auditoria en salud, Magister en protección Social. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.	A
Pedro Pablo Pérez	Médico, Especialista en medicina familiar, Especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos. Hospital Occidente de Kennedy.	A
Alejandra Ceballos	Médica, Especialista en medicina familiar y comunitaria, Segunda especialidad en medicina del dolor y cuidados paliativos. Hospital Militar Central, FUCS, Hospital San José centro.	A
Juan Carlos Hernández	Médico cirujano, Maestría en atención integral de pacientes en cuidado paliativo con formación en terapia Gestalt integrativa, Magister en cuidados paliativos. Presidente ASOCUPAC.	A
Aura Marixa Guerrero	Médica cirujana, Especialista en anestesiología, especialista en epidemiología, Master en tratamiento del dolor. Directora médica IOIR	A
Lucy Barrera	Licenciada en enfermería, Especialista en enfermería pediátrica, Magister en enfermería con énfasis en salud familiar. Enfermera voluntaria ACELA.	A
Carmen Ruíz	Médica cirujana, Especialista en medicina familiar, Médica familiar en Hospital Militar Central - Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.	A
Juan Guillermo Santacruz	Médico cirujano, Especialista en medicina interna, Subespecialista en dolor y cuidados paliativos, Magister en dirección de empresas. Fundación Santafé de Bogotá.	A
María Mercedes Fajardo	Médica, Especialista en anestesiología con	A

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
	entrenamiento en medicina del dolor y cuidados paliativos. Centro Médico Imbanaco.	
Claudia Patricia Agamez	Médica cirujana, Especialista en medicina familiar, Especialista en dolor y cuidados paliativos, Especialista en Bioética. ACHO - Clínica el Country	A
Víctor Hugo Forero	Médico cirujano, Especialista en medicina familiar, Especialista en gerencia en salud, Magister en epidemiología clínica. Director de investigación de la Clínica Juan N Corpas.	A
María Piedad Sarmiento	Médica cirujana, Especialista en pediatría, Especialista en Bioética, Especialista en pediatría intensivista, Máster en cuidados paliativos pediátricos. Asociación Colombiana Médica Crítica y Cuidados Intensivos.	A
Iván Riaño Forero	Médico cirujano, Especialista en medicina interna, Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo, Magister en Bioética. Médico internista intensivista y jefe de la unidad de cuidado intensivo del HUSI.	A
Carolina Wiesner	Médica cirujana, Especialista en filosofía de las ciencias, Máster en ciencias de la salud pública, Doctorado en estudios sociales. Directora general encargada del Instituto Nacional de Cancerología.	A
Ana Carolina Gama	Medica cirujana, Especialista en geriatría, Máster en bioética. Medica geriatra en el Hospital Universitario San Ignacio.	A
Iván Andrés Bobadilla	Médico cirujano, Especialista en radioterapia oncológica. Médico oncólogo radioterapeuta de la Clínica del Country.	A
Julián Sánchez Castillo	Médico cirujano, Especialista en epidemiología, Magister en ciencias de farmacología. Liga contra el Cáncer.	A

Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Rosa Victoria Castañeda	Enfermera, Especialista enfermería oncológica, Especialista en bioética, Asociación Oncológica – INC.	A
Rodrigo Alberto Heredia	Médico cirujano, Especialista en geriatría, Instituto de envejecimiento Universidad javeriana.	A
Jairo Becerra	Ingeniero de sistemas, Fundación GIST.	A
María Isabel Galvis	Odontóloga. Fundación Simmon Cáncer	A
Nancy Lucia Moreno	Médica cirujana, Especialista en psiquiatría, Especialista en epidemiología, Especialista en dolor y cuidado paliativo. Méderi - Universidad del Rosario.	A
Carlos Hernán Rodríguez Martínez	Instituto Nacional de Cancerología	A
Adriana María Garzón	Administradora de empresas. Presidenta Fundación Simmon Cáncer.	A
Luis Ricardo González	Médico cirujano, especialista en pediatría, Magister en cuidados paliativos pediátricos. HOMI.	A
Claudia Liliana Buitrago Martín	Medica cirujana, Especialista en medicina interna. Grupo de dolor Universidad del Rosario. Hospital San José y Clínica Colombia.	A
Jaime Torres	Presidente Asocolnef	Observador
Sandra Patricia Flórez	Médica, Especialista en anestesiología, Magister en epidemiología clínica. Profesora Universidad de la Sabana	Observador
Edgar Celis	Médico cirujano, Especialista en anestesiología, Especialista en medicina crítica y cuidado intensivo. Fundación Santafé de Bogotá.	Observador
Mauricio González	SENT.	Observador



Nombre	Especialidad / Entidad	Calificación
Gloria Villota	Médica epidemióloga. Asesora de calidad - Ministerio de Salud y Protección Social.	Observador
Jose A. Posada	UAE- Asesor Fondo Nacional de Estupeficientes.	Observador
Lina Toledo	Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátría, Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátría. Jefe de geriatría Fundación Cardioinfantil.	Observador
Omaira Roldán	Coordinador Ministerio de Salud y Protección Social.	Observador

Documento preliminar

Anexo 2. Búsquedas de guías de práctica clínica

1. Metodología

Se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica (GPC) en organismos desarrolladores o recopiladores de guías, en bases de datos y en forma manual, siguiendo los sitios y bases sugeridos en la *Guía metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en Colombia* (GM).

Se realizaron dos búsquedas, una enfocada en GPC de cuidado paliativo (CP) para todos los pacientes y otra enfocada en CP para pacientes oncológicos. El propósito de esta doble búsqueda fue la exhaustividad en la búsqueda de GPC, además de incluir recomendaciones para todas las poblaciones que están recibiendo cuidados paliativos. Así mismo, no se limitó la búsqueda por edad, con el objetivo de adoptar recomendaciones relacionadas con población pediátrica.

La tamización de las referencias obtenidas con cada estrategia de búsqueda fue realizada por dos integrantes del grupo metodológico, de manera independiente. Cuando se presentó alguna discrepancia, esta se resolvió por medio de consenso.

2. Búsqueda de GPC para todos los pacientes

La **Tabla 2.1** presenta los resultados de búsqueda en organismos. La **Tabla 2.2** presenta la estrategia de búsqueda y los resultados obtenidos con la búsqueda en bases de datos académicas.

Tabla 2.1 Resultados de búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores.

Organismo	Términos (Resultados)	Número de Guías Seleccionados
National Institute for Clinical Excellence (Nice)	"Palliative"	2
National Guidelines Clearinghouse	Palliative care" (131)	4
Guidelines international Network (GIN)	Término: "Palliative Care" (98)	12
New Zeland Guidelines Group)	Término: "Palliative"	0
Scottish Intercollegiate Network (SIGN)	Se revisó el listado completo	0
Guía Salud	Paliativo	2

Organismo	Términos (Resultados)	Número de Guías Seleccionados
Red Salud	No disponible sitio web	0
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec)	Paliativo (4)	1
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Se revisó el listado completo	0

Tabla 2.2. Resultados de búsqueda en bases de datos.

Estrategia de búsqueda	Base de datos (Referencias)	Referencias identificadas	Referencias tamizadas
1. Terminal care/ 2. Palliative Care/ 3. Palliative Medicine/ 4. (palliati* adj1 stage*).ti,ab. 5. palliative care.ti,ab. 6. or/1-5 7. (exp practice guideline/ or practice guidelines/ or practice guideline as topic/ or guidelines/ or consensus development conferences/ or guideline adherence/ or practice guideline.pt. or guideline.pt. or consensus development conference.pt. or practice guideline.tw. or practice guidelines.tw. or practice parameter.tw. or practice parameters.tw. or guideline.tw. or guidelines.tw. or consensus.ti. or recommendation.ti. or recommendations.ti.) not (comment or letter or editorial or note or erratum or short survey or news or newspaper article or patient education handout or case report or historical article).pt. not animal/ 8. 6 and 7 9. limit 8 to yr="2013 -Current" 10. remove duplicates from 9 Plataforma: OVID Fecha de búsqueda: 2013 a la actualidad Límites: Ninguno	Medline (465)	Duplicados: 398 Total: 2127	4
	Embase (1656)		
	Tripdatabase (6)		

La búsqueda en Tripdatabase se hizo con los términos: (title:Palliative Care)(title:Clinical Practice Guideline)			
--	--	--	--

Después del proceso de eliminación de duplicados, de tamización, y revisión de textos completos, se seleccionaron 15 GPC para evaluación con la herramienta 7. El Flujoograma correspondiente a este proceso de búsqueda se presenta en la

Figura 2.1.

La búsqueda manual, en bases de datos no académicas, no arrojó resultados adicionales a los ya obtenidos en las búsquedas anteriores.

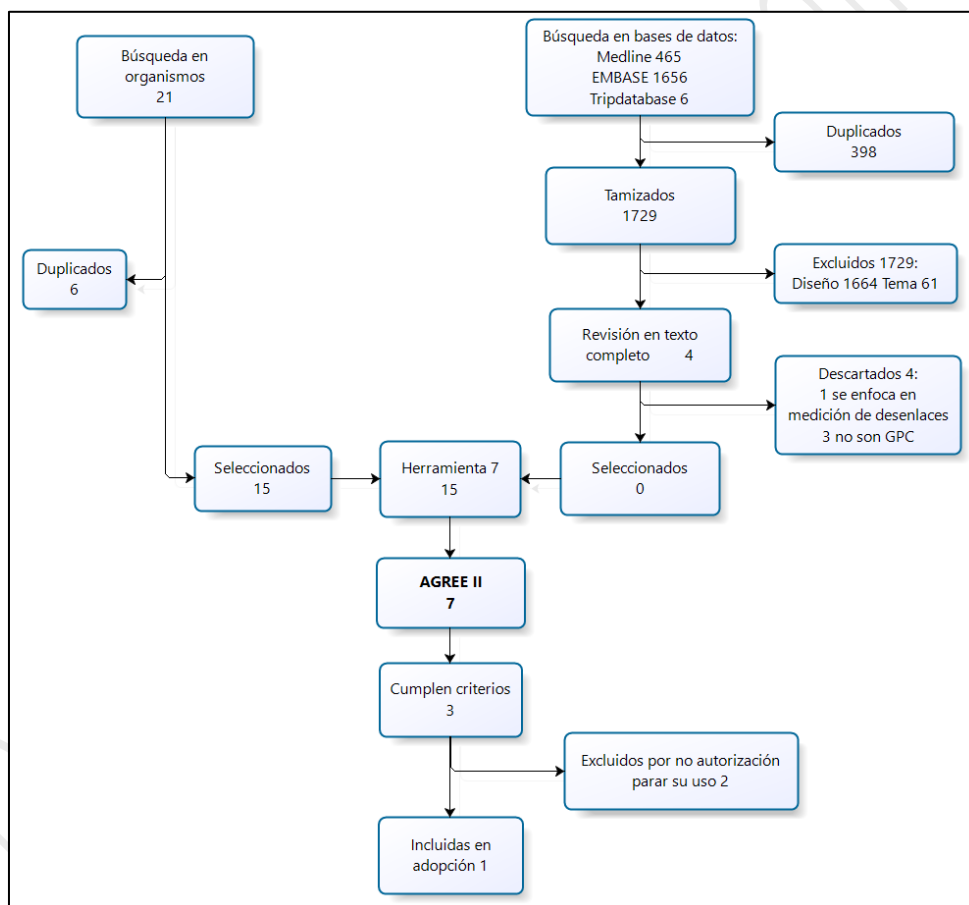


Figura 2.1. Búsqueda y tamización de guías de práctica clínica sobre Cuidado Paliativo

3. Búsqueda de GPC para pacientes oncológicos

La Tabla 2.3 Tabla 2.3 presenta los resultados de búsqueda en organismos. La Tabla 2.4 presenta la estrategia de búsqueda y los resultados obtenidos con la búsqueda en bases de datos académicas.

Después del proceso de eliminación de duplicados, de tamización, y revisión de textos completos, se seleccionaron 20 GPC para evaluación con la herramienta 7Se encontraron 20 guías de práctica clínica luego de eliminar documentos repetido, incluyendo 2 guías enviadas por los expertos. El Flujoograma correspondiente a este proceso de búsqueda se presenta en la Figura 2.2.

Tabla 2.3 Resultados de búsqueda en organismos desarrolladores y compiladores.

Organismo	Términos (Resultados)	Número de Guías Seleccionados
National Institute for Clinical Excellence (Nice)	Palliative (filtro: Guidance) (171)	3
	Palliative (filtro: Guidelines) (40)	3
	Clinical guidelines (172)	2
	Cancer (filtro: Guidelines) (104)	3
National Guidelines Clearinghouse	Cancer AND palliative (126)	6
	Oncology AND palliative (110)	6
Guidelines international Network (GIN)	Cancer AND Palliative (72)	5
New Zeland Guidelines Group)	Cancer: guides and standards (31)	4
Scottish Intercollegiate Network (SIGN)	Se revisó el listado completo (37)	2
Guía Salud	Cáncer (16)	0

Organismo	Términos (Resultados)	Número de Guías Seleccionados
	Oncología (27)	2
Red Salud	No disponible sitio web	0
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec)	Cáncer (20)	0
	Oncología (1)	0
	Neoplasia (3)	0
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Se revisó el listado completo	0

Tabla 2.4. Resultados de búsqueda en bases de datos.

Estrategia de búsqueda	Base de datos	Referencias identificadas	Referencias tamizadas
1. Terminal care/ 2. Palliative Care/ 3. Palliative Medicine/ 4. (palliati* adj1 stage*).ti,ab. 5. palliative care.ti,ab. 6. or/1-5 7. cancer.ti,ab 8. Neoplasm/ 9. 7 or 8 10. 6 and 9 11. (exp practice guideline/ or practice guidelines/ or practice guideline as topic/ or guidelines/ or consensus development conferences/ or guideline adherence/ or practice guideline.pt. or guideline.pt. or consensus development conference.pt. or practice guideline.tw. or practice guidelines.tw. or practice parameter.tw. or practice parameters.tw. or guideline.tw. or guidelines.tw. or consensus.ti. or recommendation.ti. or recommendations.ti.) not (comment or letter or	Medline	59	5

Estrategia de búsqueda	Base de datos	Referencias identificadas	Referencias tamizadas
<p>editorial or note or erratum or short survey or news or newspaper article or patient education handout or case report or historical article).pt. not animal/ 12. 10 and 11 13. limit 12 to yr="2012 -Current"</p> <p>Plataforma: OVID Fecha de búsqueda: Tiempo: 2012 a la actualidad Límites: Tiempo</p>			
<p>#1 'terminal care'/mj #2 'palliative therapy'/mj #3 'palliative care':ab,ti #4 #1 OR #2 OR #3 #5 'neoplasm'/mj #6 cancer:ab,ti #7 #5 OR #6 #8 #4 AND #7 #9 'practice guideline'/exp OR guidelines/exp OR 'practice guidelines'/exp OR 'practice guideline':pt OR guideline:pt OR 'consensus development conference':pt OR practice guideline*:ab,ti OR practice parameter*:ab,ti OR recommendation*:ab,ti OR guideline*:ti OR consensus:ti NOT (comment OR letter OR editorial OR note OR erratum OR 'short survey' OR news OR 'paper article' OR 'patient education handout' OR 'case report' OR 'historical article');pt NOT animal/exp #10 #8 AND #9 #11 #10 AND [embase]/lim NOT [medline]/lim</p>	Embase	267	0

La búsqueda manual, en bases de datos no académicas, no arrojó resultados adicionales a los ya obtenidos en las búsquedas anteriores.

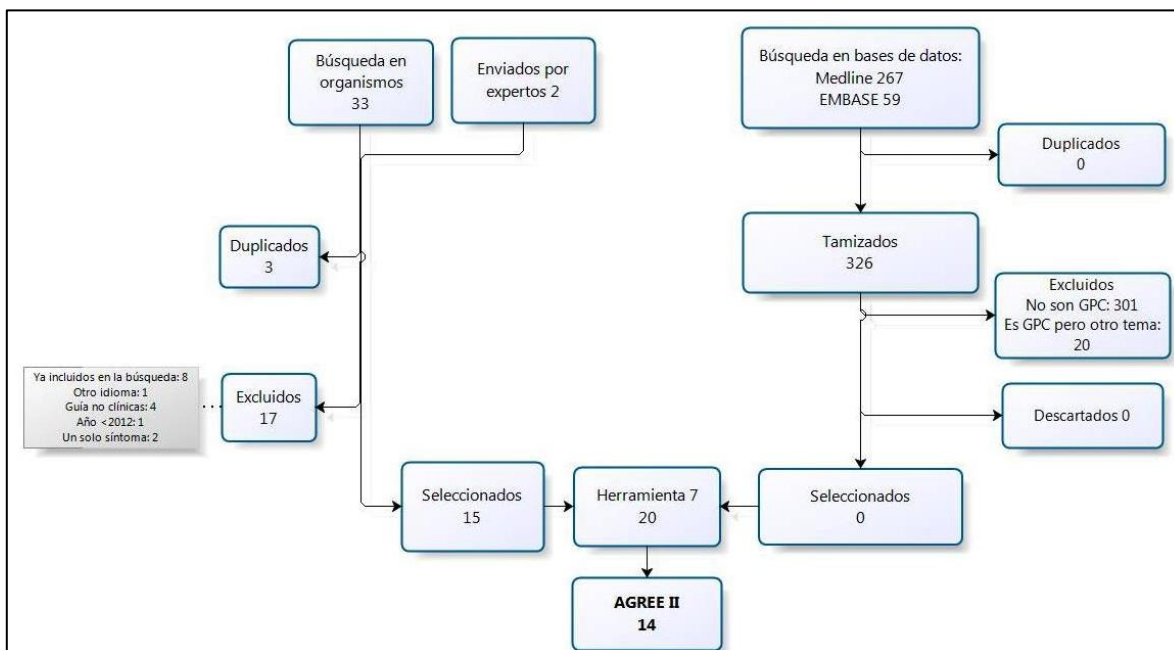


Figura 2.2. Búsqueda y tamización de guías de práctica clínica sobre Cuidado Paliativo

4. Listado de GPC evaluadas con Agree II

La lista de las GPC seleccionadas para aplicación de la herramienta 7 se presenta a continuación:

1. Secretaría de salud. Cuidados paliativos. Evidencias y recomendaciones. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2010.
2. Integraal kankercentrum Nederland. Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg. Landelijke richtlijn2010.
3. National Clinical Guideline Centre. Care of dying adults in the last days of life. Clinical guideline NG31. Methods, evidence and recommendations. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015.
4. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 3 ed. Pittsburg: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013.
5. Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011.



6. Lääkärisseuran Duodecimin, Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen. Kuolevan potilaan oireiden hoito2012.
7. Royal Dutch Medical Association. Guideline for Palliative Sedation. Utrecht (NL): Committee on National Guideline for Palliative Sedation; Royal Dutch Medical Association (KNMG); 2009.
8. Haute Autorité de santé, Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. Paris: Haute Autorité de santé; 2013.
9. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Guía de práctica clínica. Uso seguro de opioides en pacientes de situación terminal2010.
10. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
11. McCusker M, Ceronsky L, Crone C, Epstein H, Greene B, Halvorson J, et al. Palliative care for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013.
12. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 1: approach to care. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2010.
13. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 3: grief and bereavement. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2011.
14. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: pain and symptom management. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2011.
15. National Collaborating Centre for Cancer. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults. Clinical guideline. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2012.
16. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Clinical practice Guidelines in oncology. Palliative care (Version 1.2016) Washington: NCCN; 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf.

17. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Cancer and Chemotherapy Induced Anemia (Version 2.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/anemia.pdf.
18. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Antiemesis (Version 1.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf.
19. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Distress Management (Version 3.2015) Washington 2015 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.
20. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Adult cancer pain (versión 2.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf.
21. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
22. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Nausea and Vomiting. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
23. Cancer Care Ontario. Cancer-Related Pain Management. Toronto (ON): Program in Evidence-based Care Evidence-based Series No.: 16-2 EDUCATION AND INFORMATION 2011; 2012.
24. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
25. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
26. M. Li M, E.B. Kennedy E, N. Byrne N, C. Gerin-Lajoie C, E. Green E, M. R. Katz M, et al. The Management of Depression in Patients with Cancer. Guideline # 19-4: Cancer Care Ontario; 2015.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [Internet]. Management of chronic pain Edinburgh SIGN (SIGN publication no. 136); 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.

28. North of England Cancer Network. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients [Place unknown]2012 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://southtees.nhs.uk/content/uploads/NECN-palliative-care-guidelines.pdf>.
29. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol*. 2014 May;32(15):1605-19. PubMed PMID: 24733793. Pubmed Central PMCID: PMC4090422. eng.
30. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Cross JT, Owens DK, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008 Jan;148(2):141-6. PubMed PMID: 18195338. eng.
31. Cherny NI, ESMO Guidelines WorkingGroup. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol*. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii143-52. PubMed PMID: 25210083. eng.
32. Schrijvers D, Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol*. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii138-42. PubMed PMID: 25210082. eng.
33. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*. 2012 Feb;13(2):e58-68. PubMed PMID: 22300860. eng.
34. Children's Health Queensland Hospital and Health Service, Paediatric Palliative Care Service. A practical guide to Palliative Care in paediatrics Queensland (AU): Vivid Publishing; 2015.
35. González ME, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Gil Rubio P, Herreros López P, Grupo de trabajo de la GPC para el manejo del dolor en niños con cáncer. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer [Internet] [Place unknown]: [Publisher unknown]; 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://www.criscancer.org>.

Anexo 3. Resultados de la aplicación de la herramienta 7

A las Guías de Práctica Clínica (GPC) recuperadas por medio de las búsquedas en organismos desarrolladores y compiladores, en bases de datos académicas (Medline, Embase y Tripdatabase) y en literatura gris (bases de datos no académicas, expertos clínicos, bola de nieve) se aplicó la herramienta 7, propuesta por la Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GM), cuyos criterios son:

1. ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
2. ¿Es una GPC basada en la evidencia?
¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
4. ¿Establece recomendaciones?
5. ¿Año de publicación \leq 4 años? Se consideró la fecha de la última búsqueda de la literatura o actualización de la evidencia.

Los títulos de las 35 referencias se nombran a continuación. Las tablas siguientes muestran el resultado de la aplicación de la herramienta 7 de la GM:

1. Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos para todos los pacientes

Los títulos de las 15 referencias se nombran a continuación. Las tablas siguientes muestran el resultado de la aplicación de la herramienta 7 de la GM:

1. Cuidados Paliativos. Evidencias y recomendaciones (CENETEC) (1).
2. Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg (2).
3. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline (3).
4. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care (4).
5. End-of-life Care During the Last Days and Hours (5).
6. Kuolevan potilaan oireiden hoito (6).
7. Guideline for Palliative Sedation (7).
8. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative (8).
9. Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal: guía de práctica clínica (9).
10. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (10).
11. Palliative Care for Adults (11).
12. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management (12).

13. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 3 Grief and Bereavement (13).
14. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 1: Approach to Care (14).
15. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults (15).

Nombre de la guía:	1. Cuidados Paliativos. Evidencias y recomendaciones (CENETEC)			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Incluye predicción de supervivencia y control de síntomas.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación ≥ 2012		No	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda fue realizada entre 2000 y 2010.	
Observaciones: Esta GPC no es candidata para adopción dado que se trata de una guía que adoptó recomendaciones de guías que son evaluadas más adelante en este documento.				

Nombre de la guía:	2. Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?				No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?				
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?				
Establece recomendaciones				
Año de publicación ≥ 2012		No	La GPC fue publicada en 2010.	
Observaciones: Se encuentra en idioma Alemán.				

Nombre de la guía:	3. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Se enfoca en el reconocimiento de la persona que puede estar en sus últimos días de vida y tratamiento de sus síntomas.	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación ≥ 2012	Si		La GPC fue publicada en diciembre de 2015. La búsqueda fue realizada entre octubre de 2014 y diciembre 2015.	

Nombre de la guía:	3. Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
Observaciones: Ninguna.				

Nombre de la guía:	4. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		El proceso del cuidado se presenta por dominios (físico, psicológico, social, espiritual, cultural, ético y legal).	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	No se evidencia una búsqueda sistemática de la información. Ni cuenta con ecuaciones de búsqueda. No es replicable. Es un consenso.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		No	Aunque tiene un grupo desarrollador no describe el proceso.	
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación \geq 2012	Si		La GPC fue publicada en 2013. Las referencias incluidas fueron publicadas entre 2008 y 2013.	
Observaciones: Esta GPC no es candidata a adopción porque carece de elementos clase del desarrollo metodológico.				

Nombre de la guía:	5. End-of-life Care During the Last Days and Hours			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Incluye cuidados al final de la vida, enfermería en el proceso del cuidado, tratamiento con enfoque de enfermería y apoyo familiar.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si		Cuenta con los términos Mesh pero no las estrategias de búsqueda.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2011. La búsqueda fue realizada entre 2003 y 2009.	
Observaciones: Esta GPC no es candidata a adopción debido a su fecha de publicación y a que sólo se enfoca en uno de los aspectos, para lo cual existe una GPC más reciente.				

Nombre de la guía:	6. Kuolevan potilaan oireiden hoito			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?			GPC publicada en un idioma diferente al inglés o al español.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?				
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?				
Establece recomendaciones				
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2012.	
Observaciones: Se encuentra en idioma finlandés.				

Nombre de la guía:	7. Guideline for Palliative Sedation			Seleccionada
--------------------	--------------------------------------	--	--	--------------

Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Incluye indicación de sedación y tratamiento de sedación.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	La información está respaldada por evidencia pero no cuenta con estrategias de búsqueda. No se evidencia una búsqueda sistemática.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		No	No describe un proceso de desarrollo.	
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2009. La búsqueda fue realizada entre 1990 y 2009.	
Observaciones: Esta GPC carece de elementos clave de su desarrollo metodológico, por lo que no se recomienda su adopción.				

Nombre de la guía:	8. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	GPC publicada en un idioma diferente al inglés y al español.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?				
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?				
Establece recomendaciones				
Año de publicación \geq 2012	Si		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Se encuentra en idioma francés.				

Nombre de la guía:	9. Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal: guía de práctica clínica			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Se enfoca en buenas prácticas en el uso de los opioides y en el uso seguro de opioides.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda fue realizada entre 2003 y 2010.	
Observaciones: Esta GPC no se considera candidata a adopción porque se enfoca en uno de los síntomas de los cuidados paliativos solo para una población específica.				

Nombre de la guía:	10. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Manejo de los diferentes síntomas de los cuidados paliativos.	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	Aunque se basa en la evidencia no cuenta con la estrategia de búsqueda que permita la replicación. No cuenta con términos de búsqueda	

Nombre de la guía:	10. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación ≥ 2012		No	La GPC fue publicada en 2008. Las búsquedas fueron realizadas entre 1987-2008	
Observaciones: Está pendiente la actualización de la GPC porque han transcurrido más de cinco años desde su publicación. A la fecha (11 02 2016) no ha sido publicada la actualización. Sin embargo, es una GPC que incluye todos los aspectos relacionados con la atención de los cuidados paliativos, por lo que se sugiere considerar su uso si hay carencia de guías más recientes.				

Nombre de la guía:	11. Palliative Care for Adults			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Incluye: inicio de cuidados paliativos, evaluación de las necesidades de cuidados paliativos, control de síntomas, comunicación, aspectos sociales de la atención y duelo.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si		La estrategia de búsqueda es simple	Si
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación ≥ 2012	Si		La GPC fue publicada en 2013. Referencias incluidas a partir de 1987.	
Observaciones: Ninguna.				

Nombre de la guía:	12 Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Se enfoca en manejo de los síntomas: dolor, disnea, náusea-vómito, constipación, delirio, fatiga-debilidad, depresión, en cáncer y en enfermedad avanzada.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	Se evidencia búsqueda de información en bases de datos. Sin embargo no cuenta con una estrategia replicable.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		No	No se menciona el proceso de desarrollo ni el grupo desarrollador en el documento o en la página del grupo desarrollador. Sin embargo, NGC menciona que la GPC se basó en revisiones sistemáticas.	No
Establece recomendaciones	Si		No se presenta una gradación de las recomendaciones.	
Año de publicación ≥ 2012		No	NGC menciona que la búsqueda se realizó hasta Diciembre de 2010.	
Observaciones: Esta GPC carece de elementos metodológicos fundamentales que afectan su evaluación de calidad y por lo tanto la posibilidad de su adopción.				

Nombre de la guía:	13 Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 3 Grief and Bereavement			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Se enfoca en manejo del dolor y el duelo en pacientes con enfermedad avanzada.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	Se evidencia búsqueda de información en bases de datos. Sin embargo no cuenta con una estrategia replicable.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		No	No se menciona el proceso de desarrollo ni el grupo desarrollador en el documento o en la página del grupo desarrollador.	
Establece recomendaciones	Si		No se presenta una gradación de las recomendaciones.	
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2011.	
Observaciones: Esta GPC carece de elementos metodológicos fundamentales que afectan su evaluación de calidad y por lo tanto la posibilidad de su adopción.				

Nombre de la guía:	14. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 1: Approach to Care			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Se enfoca en evaluación y manejo en cuidado primario para cáncer incurable y enfermedad terminal.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		No	Se evidencia búsqueda de información en bases de datos. Sin embargo no cuenta con una estrategia replicable.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		No	No se menciona el proceso de desarrollo ni el grupo desarrollador en el documento o en la página del grupo desarrollador.	
Establece recomendaciones	Si		No se presenta una gradación de las recomendaciones.	
Año de publicación \geq 2012		No	La GPC fue publicada en 2010.	
Observaciones: Esta GPC carece de elementos metodológicos fundamentales que afectan su evaluación de calidad y por lo tanto la posibilidad de su adopción.				

Nombre de la guía:	15. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	Si		Uso de opioides y manejo de eventos adversos.	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	Si			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	Si			
Establece recomendaciones	Si			
Año de publicación \geq 2012	Si		La GPC fue publicada en 2012. Las búsquedas se realizaron hasta agosto de 2011. Pero hay una actualización de la evidencia publicada en noviembre de 2013.	
Observaciones: Ninguna.				

2. Guías de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos

Los títulos de las 20 referencias se nombran a continuación. Las tablas siguientes muestran el resultado de la aplicación de la herramienta 7 de la GM:

16. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Palliative Care (16).
17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Cancer and Chemoteraphy induced Anaemia (17).
18. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Antiemesis (18).
19. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress management (19).
20. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Adult Cancer Pain (20).
21. CCO Dyspnea (21).
22. CCO Nausea and vomiting (22).
23. CCO Cancer-Related Pain Management (23).
24. CCO Pain (24).
25. CCO Delirium (25).
26. CCO The management of depression in patients with cancer (26).
27. SIGN-Management of chronic pain. A national clinical guideline (27).
28. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients (28).
29. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation (29).
30. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians (30).
31. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation (31).
32. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning (32).
33. EAPC Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC (33).
34. A practical guide to palliative care in paediatrics (34).
35. Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer (35).

Nombre de la guía:	16. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Palliative Care	Seleccionada
--------------------	---	--------------

Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La guía se enfoca en el cuidado paliativo de pacientes con cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es replicable la búsqueda de la evidencia porque no presenta estrategias de búsqueda, resultados de evaluación de calidad o tablas de evidencia.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	Cuenta con un grupo desarrollador pero no se describe el proceso de desarrollo de las recomendaciones.	
Establece recomendaciones	X		En forma de algoritmo.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Las recomendaciones en forma de algoritmo presentan una primera dificultad para considerar estas GPC como candidatas a adopción porque no están redactadas en forma de recomendación, como lo indica la GM.				

Nombre de la guía:	17. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Cancer and Chemotherapy induced Anaemia			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La guía se enfoca en el cuidado paliativo de pacientes con cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es replicable la búsqueda de la evidencia porque no presenta estrategias de búsqueda, resultados de evaluación de calidad o tablas de evidencia.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	Cuenta con un grupo desarrollador pero no se describe el proceso de desarrollo de las recomendaciones.	
Establece recomendaciones	X		En forma de algoritmo	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Las recomendaciones en forma de algoritmo presentan una primera dificultad para considerar estas GPC como candidatas a adopción porque no están redactadas en forma de recomendación, como lo indica la GM.				

Nombre de la guía:	18. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Antiemesis			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La guía se enfoca en el cuidado paliativo de pacientes con cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es replicable la búsqueda de la evidencia porque no presenta estrategias de búsqueda, resultados de evaluación de calidad o tablas de evidencia.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	Cuenta con un grupo desarrollador pero no se describe el proceso de desarrollo de las recomendaciones.	
Establece recomendaciones	X		En forma de algoritmo.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Las recomendaciones en forma de algoritmo presentan una primera dificultad para considerar estas GPC como candidatas a adopción porque no están redactadas en forma de recomendación, como lo indica la GM.				

Nombre de la guía:	19. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Distress management			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La guía se enfoca en el cuidado paliativo de pacientes con cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es replicable la búsqueda de la evidencia porque no presenta estrategias de búsqueda, resultados de evaluación de calidad o tablas de evidencia.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	Cuenta con un grupo desarrollador pero no se describe el proceso de desarrollo de las recomendaciones.	
Establece recomendaciones	X		En forma de algoritmo.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Las recomendaciones en forma de algoritmo presentan una primera dificultad para considerar estas GPC como candidatas adopción porque no están redactadas en forma de recomendación, como lo indica la GM.				

Nombre de la guía:	20. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Pain			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La guía se enfoca en el cuidado paliativo de pacientes con cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es replicable la búsqueda de la evidencia porque no presenta estrategias de búsqueda, resultados de evaluación de calidad o tablas de evidencia.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	Cuenta con un grupo desarrollador pero no se describe el proceso de desarrollo de las recomendaciones.	
Establece recomendaciones	X		En forma de algoritmo.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en 2013.	
Observaciones: Las recomendaciones en forma de algoritmo presentan una primera dificultad para considerar estas GPC como candidatas adopción porque no están redactadas en forma de recomendación, como lo indica la GM.				

Nombre de la guía:	21. CCO Dyspnea			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye uno de los síntomas que se consideran	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		Es una guía adaptada. Se cuenta con las bases de datos consultadas y los criterios de inclusión y exclusión considerados para la selección de GPC.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda de la literatura fue actualizada en enero de 2009.	
Observaciones: Es una guía adaptada a partir de tres guías.				

Nombre de la guía:	22. CCO Nausea and vomiting			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye síntomas específicos	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		Es una guía adaptada. Se cuenta con las bases de datos consultadas y los criterios de inclusión y exclusión considerados para la selección de GPC.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda de la literatura fue actualizada en enero de 2009.	
Observaciones: Es una guía adaptada a partir de cuatro guías.				

Nombre de la guía:	23. CCO Cancer-Related Pain Management			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye un síntoma específico para una población específica.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	Esta GPC fue publicada en el 2008 y revisada en el 2012, año en el que se archivó, aunque puede ser usada con fines académicos. La búsqueda de la literatura fue realizada hasta mayo de 2006.	
Observaciones: Esta GPC no es candidata a adopción pues fue archivada.				

Nombre de la guía:	24. CCO Pain			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye síntomas específicos.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		Es una guía adaptada. Se cuenta con las bases de datos consultadas y los criterios de inclusión y exclusión considerados para la selección de GPC.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda de la literatura fue actualizada en enero de 2009.	

Nombre de la guía:	24. CCO Pain			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
Observaciones: Es una guía adaptada a partir de la guía SIGN.				

Nombre de la guía:	25. CCO Delirium			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye síntomas específicos.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		Es una guía adaptada. Se cuenta con las bases de datos consultadas y los criterios de inclusión y exclusión considerados para la selección de GPC.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en 2010. La búsqueda de la literatura fue actualizada en enero de 2009.	
Observaciones: Es una guía adaptada a partir de tres guías.				

Nombre de la guía:	26. CCO The management of depression in patients with cancer			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Se enfoca en un síntoma específico para una población específica.	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X			
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012	X			
Observaciones: se sugiere la adopción de sus recomendaciones, si estas no son incluidas en alguna guía que incluya un número mayor de síntomas.				

Nombre de la guía:	27. SIGN-Management of chronic pain. A national clinical guideline			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Es una guía enfocada en un síntoma específico: dolor.	Si
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		No se mencionan las estrategias de búsqueda, las cuales podrían solicitarse.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			

Nombre de la guía:	27. SIGN-Management of chronic pain. A national clinical guideline			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en el 2013. La búsqueda se realizó entre 2007 y 2012.	
Observaciones: se sugiere la adopción de sus recomendaciones, si estas no son incluidas en alguna guía que incluya un número mayor de síntomas.				

Nombre de la guía:	28. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X			No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No es una GPC. Es una guía clínica.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X		
Establece recomendaciones		X		
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en el 2012.	
Observaciones: no es una GPC.				

Nombre de la guía:	29. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology Guideline Adaptation			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye síntomas específicos para una población específica: cáncer.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	Es una GPC adaptada usando la metodología ADAPTE.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012	X		La publicación es del 2014.	
Observaciones: Es una GPC adaptada				

Nombre de la guía:	30. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Incluye solo tres recomendaciones específicas (dolor, disnea, depresión) y dos generales.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	X		La RSL se presentan en un artículo adicional.	

Nombre de la guía:	30. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en el 2008.	
Observaciones: Como la GPC es publicada antes del 2012 y solo hace una recomendación para cada uno de tres síntomas, no se recomienda para el proceso de adopción.				

Nombre de la guía:	31. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractor y symptoms at the end of life and the use of palliative sedation			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Síntomas refractarios al final de la vida y uso de sedación paliativa.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No se describe el proceso de búsqueda de la literatura ni su evaluación por lo que no es replicable este proceso.	No
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	No se describe el proceso de desarrollo de la GPC.	
Establece recomendaciones		X	Las recomendaciones aparecen mezcladas con la evidencia utilizada.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en el año 2014	
Observaciones: La falta de claridad en la presentación de las recomendaciones junto con la carencia de aspectos metodológicos fundamentales no permiten recomendar esta guía para adopción.				

Nombre de la guía:	32. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Abarcan solamente un tema: la planeación anticipada de la atención.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No se describe el proceso de búsqueda de la literatura ni su evaluación por lo que no es replicable este proceso.	No
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	No se describe el proceso de desarrollo de la GPC.	
Establece recomendaciones		X	Las recomendaciones aparecen mezcladas con la evidencia utilizada.	
Año de publicación \geq 2012	X		La GPC fue publicada en el año 2014	
Observaciones: La falta de claridad en la presentación de las recomendaciones junto con la carencia de aspectos metodológicos fundamentales no permiten recomendar esta guía para adopción.				

Nombre de la guía:	33. EAPC Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Estas GPC se enfocan en uno de los síntomas para uno de los grupos de pacientes incluidos (cáncer).	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	Aunque es una GPC basada en la evidencia, no se reportan acá las estrategias de búsqueda que permitan replicar el proceso. Se deben revisar las revisiones publicadas por el grupo	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012		X	La GPC fue publicada en el año 2012. Los resultados de las revisiones fueron publicados en el año 2011 y presentados en el 2010 por lo que la fecha de inclusión de los estudios debió ser menor a 2010.	
Observaciones: la GPC carece de elementos metodológicos fundamentales que afectan su evaluación de calidad.				

Nombre de la guía:	34. A practical guide to palliative care in paediatrics			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	X		Aunque no se especifican objetivos, el contenido del documento incluye todos los aspectos relacionados con el control de síntomas dirigidos a pacientes oncológicos y no oncológicos.	No
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	No se presentan una búsqueda de la literatura (estrategias, resultados, extracción de datos) ni evaluación de su calidad.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?		X	No se presenta un proceso de desarrollo metodológico.	
Establece recomendaciones		X	No existen apartados explícitos de recomendaciones por lo que es necesario extraerlas del texto. No se presenta gradación de las recomendaciones.	
Año de publicación \geq 2012	X		2014	
Observaciones: Teniendo en cuenta que no se presenta el proceso metodológico requerido para el desarrollo de una guía de práctica clínica, este documento no se considera una GPC y por lo tanto no se debe adoptar.				

Nombre de la guía:	35. Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		X	La GPC afirma explícitamente la no inclusión de "niños con cáncer en cuidados paliativos". El objetivo de la guía es la prevención y	No

Nombre de la guía:	35. Guía de práctica clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer			Seleccionada
Criterios de una GPC	Si	No	Comentarios	
			manejo de solo un síntoma en una población específica.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		X	Aunque es una GPC basada tanto en evidencia como en consenso de expertos, no es replicable la búsqueda porque no se presentan las estrategias, ni los resultados. Solo están las bases de datos consultadas y los criterios de elegibilidad de los estudios.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y un grupo desarrollador?	X			
Establece recomendaciones	X			
Año de publicación \geq 2012	X		2013	
Observaciones: Esta GPC no es candidata para adopción tanto por el enfoque como por la falta de material sobre el desarrollo metodológico, requerido en las evaluaciones de calidad.				

Referencias

1. Secretaría de salud. Cuidados paliativos. Evidencias y recomendaciones. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2010.
2. Integraal kankercentrum Nederland. Algemene inleiding richtlijnen palliatieve zorg. Landelijke richtlijn 2010.
3. National Clinical Guideline Centre. Care of dying adults in the last days of life. Clinical guideline NG31. Methods, evidence and recommendations. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2015.
4. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 3 ed. Pittsburg: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013.
5. Registered Nurses' Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario; 2011.
6. Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen. Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.
7. Royal Dutch Medical Association. Guideline for Palliative Sedation. Utrecht (NL): Committee on National Guideline for Palliative Sedation; Royal Dutch Medical Association (KNMG); 2009.

8. Haute Autorité de santé, Service des maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. París: Haute Autorité de santé; 2013.
9. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Guía de práctica clínica. Uso seguro de opioides en pacientes de situación terminal 2010.
10. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008.
11. McCusker M, Ceronsky L, Crone C, Epstein H, Greene B, Halvorson J, et al. Palliative care for adults. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013.
12. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 2: pain and symptom management. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2011.
13. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 3: grief and bereavement. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2011.
14. Medical Services Commission. Palliative care for the patient with incurable cancer or advanced disease. Part 1: approach to care. Victoria (CA): British Columbia Medical Services Commission; 2010.
15. National Collaborating Centre for Cancer. Opioids in palliative care: evidence update May 2014. Evidence update 58. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2014.
16. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Clinical practice Guidelines in oncology. Palliative care (Version 1.2016) Washington: NCCN; 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf.
17. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Cancer and Chemotherapy Induced Anemia (Version 2.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/anemia.pdf.
18. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Antiemesis (Version 1.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/antiemesis.pdf.
19. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Distress Management (Version 3.2015) Washington 2015 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf.



20. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) [Internet]. Adult cancer pain (versión 2.2016) Washington: NCCN; 2016 [cited 2016 Marzo]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf.
21. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
22. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Nausea and Vomiting. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
23. Cancer Care Ontario. Cancer-Related Pain Management. Toronto (ON): Program in Evidence-based Care Evidence-based Series No.: 16-2 EDUCATION AND INFORMATION 2011.; 2012.
24. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Pain. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
25. Cancer Care Ontario [Internet]. Cancer Care Ontario's Symptom Management Guide-to-Practice: Delirium. Toronto (ON). 2010 [cited 2016 Marzo]. Available from: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/symptools/>.
26. M. Li M, E.B. Kennedy E, N. Byrne N, C. Gerin-Lajoie C, E. Green E, M. R. Katz M, et al. The Management of Depression in Patients with Cancer. Guideline # 19-4: Cancer Care Ontario; 2015.
27. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [Internet]. Management of chronic pain Edinburgh SIGN (SIGN publication no. 136); 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.
28. North of England Cancer Network. Palliative and end of life care guidelines for cancer and non-cancer patients [Place unknown]2012 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://southtees.nhs.uk/content/uploads/NECN-palliative-care-guidelines.pdf>.
29. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. J Clin Oncol. 2014 May;32(15):1605-19. PubMed PMID: 24733793. Pubmed Central PMCID: PMC4090422. eng.
30. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Cross JT, Owens DK, et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2008 Jan;148(2):141-6. PubMed PMID: 18195338. eng.



31. Cherny NI, ESMO Guidelines WorkingGroup. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Ann Oncol. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii143-52. PubMed PMID: 25210083. eng.
32. Schrijvers D, Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. Ann Oncol. 2014 Sep;25 Suppl 3:iii138-42. PubMed PMID: 25210082. eng.
33. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. Lancet Oncol. 2012 Feb;13(2):e58-68. PubMed PMID: 22300860. eng.
34. Children's Health Queensland Hospital and Health Service, Paediatric Palliative Care Service. A practical guide to Palliative Care in paediatrics Queensland (AU): Vivid Publishing; 2015.
35. González ME, Fuentelsaz Gallego C, Moreno Casbas T, Gil Rubio P, Herreros López P, Grupo de trabajo de la GPC para el manejo del dolor en niños con cáncer. Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor en niños con cáncer [Internet] [Place unknown]: [Publisher unknown]; 2013 [cited 2016 Marzo]. Available from: <http://www.criscancer.org>.

Documento pendiente de publicación



Anexo 4. Resultados de evaluación de calidad con el instrumento Agree II

La calidad de las GPC fue evaluada por medio de la herramienta AGREE II. Dos a cuatro evaluadores aplicaron la herramienta de manera independiente. La calificación de calidad se realizó teniendo en cuenta el algoritmo propuesto por la organización desarrolladora de la misma. Se utilizó como criterio para selección de las guías una calificación de 60% o más en el Dominio 3 (*Rigor en la elaboración*) junto con una calificación de 30% o más en el Dominio 6 (*Independencia editorial*).

La **Tabla 4.1** presenta los resultados de AGREE II por dominios para cada una de las GPC. La Figura 4 muestra la calificación de cada una de las GPC en los dominios *Rigor en la elaboración* y en *Independencia editorial*. Aunque no fueron preseleccionadas según la herramienta 7, se evaluaron las GPC producidas por la National Cancer Comprehensive Network (NCCN), dado su uso amplio uso. Así mismo se incluyó la evaluación de la GPC publicada en Guíasalud (10) dada la amplitud su alcance y la falta de GPC enfocadas en el manejo de la sintomatología de publicación reciente.

Documento preliminar

Tabla 4.1. Resultados de la aplicación del AGREE II a las guías, por dominios.

Guía	Alcance y Objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
Care of dying adults in the last days of life. NICE guideline	100.0%	91.7%	94.8%	100.0%	68.8%	100.0%
Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care of adults	100.0%	100.0%	87.5%	97.2%	83.3%	95.8%
CCO The management of depression in patients with cancer	94.4%	55.6%	81.3%	88.9%	16.7%	100.0%
SIGN Management of chronic pain	94.4%	77.8%	81.3%	100.0%	54.2%	33.3%
Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos	97.2%	69.4%	65.6%	100.0%	12.5%	79.2%
Palliative Care for Adults	94.4%	80.6%	56.3%	88.9%	50.0%	33.3%
NCCN Cancer and chemotherapy induced Anaemia	38.9%	33.3%	46.5%	61.1%	19.4%	25.0%
NCCN Distress Management	33.3%	41.7%	40.6%	58.3%	39.6%	33.3%
NCCN Dolor	13.9%	25.0%	39.6%	58.3%	22.9%	33.3%

Guía	Alcance y Objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad de presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
NCCN Palliative Care	46.3%	38.9%	34.7%	61.1%	22.2%	25.0%
NCCN Antiemesis	38.9%	31.5%	29.9%	44.4%	19.4%	55.6%
Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease Part 3: Grief and Bereavement	75.0%	25.0%	11.5%	61.1%	12.5%	8.3%
Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease Part 2: Pain and Symptom Management	63.9%	19.4%	11.5%	61.1%	16.7%	4.2%
Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease Part 1: Approach to Care	75.0%	30.6%	11.5%	61.1%	16.7%	4.2%

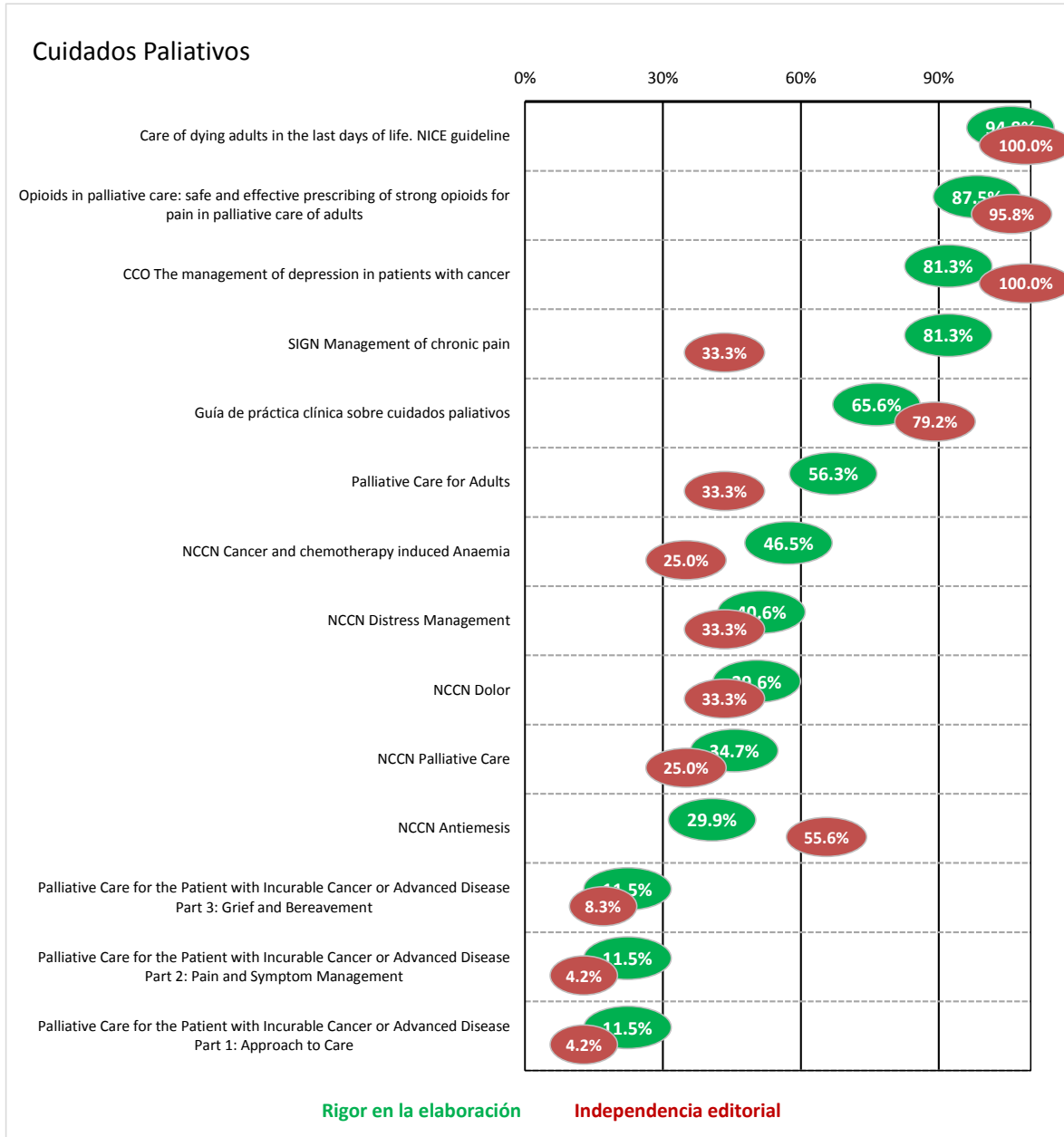


Figura 4. Puntuación obtenida en *Rigor metodológico* e *Independencia editorial* de las guías de práctica clínica sobre atención de los cuidados paliativos, según AGREE II.

Anexo 5. Resultados del consenso de expertos

1. Recomendación original (Aspectos organizativos de los cuidados paliativos)

Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia **más que** en un plazo de supervivencia esperada. (*Recomendación D*).

1.1. Recomendación ajustada

Las intervenciones paliativas deberían basarse en las necesidades del enfermo y de su familia y en un plazo de supervivencia esperada. (*Recomendación D*).

1.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel consideraron necesario tener en cuenta, por considerarse igualmente importantes, tanto la supervivencia esperada, como las necesidades del paciente.

1.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	en	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	30%		0%	0%	3%	67%

2. Recomendación original (Predicción de la supervivencia)

Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos, el estado funcional (Karnofski) o la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score). Esta última se recomienda en el contexto de unidades especializadas de CP o en oncología, ya que no ha sido validada en otros ámbitos. (*Recomendación C*).

2.1. Recomendación ajustada

Para la estimación de la supervivencia en enfermos con cáncer avanzado, además de la impresión clínica, se recomienda tener en cuenta otros elementos, como la presencia de factores pronósticos (hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteinemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia), el estado funcional (Karnofski), la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), la escala pronóstica PaP (Palliative Prognostic Score), la escala PPS y PPI, la presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium, la opinión del clínico sobre la calidad de vida y el deterioro cognitivo. (*Recomendación C*).

2.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel consideraron necesario especificar los factores pronósticos clave además de las escalas ECOG, PPS y PPI. Además consideraron necesario recomendar la valoración de síntomas específicos.

2.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	4%	4%	0%	9%	83%

3. Recomendación original (Tratamiento del dolor)

En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA) o el Cuestionario Breve del Dolor (CBD). *(Recomendación C).*

3.1. Recomendación ajustada

En la valoración del dolor pueden utilizarse escalas validadas para la cuantificación del dolor. Se recomienda el uso de escalas visuales analógicas (EVA), **escala de dolor para pacientes con demencia PAINAD**, el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) o la que el médico tratante considere adecuada. *(Recomendación C).*

3.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel consideró necesario incluir un ejemplo adicional de escala para población con demencia así como recomendar el uso de escalas para valoración de acuerdo con el criterio clínico del médico tratante, el cual debe tener en cuenta el estado funcional y cognitivo del paciente para responder la escala.

3.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	4%	0%	0%	0%	96%

4. Recomendación original (Tratamiento del dolor)

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor. Se deben utilizar los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente. *(Recomendación D).*

4.1. Recomendación ajustada

Se recomienda utilizar la escalera analgésica de la OMS junto a fármacos adyuvantes, si fuera necesario, en el tratamiento farmacológico del dolor **en pacientes oncológicos**. Se deben utilizar

los fármacos según la intensidad del dolor y la comorbilidad de cada paciente (*Recomendación D*).

4.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel consideró necesario especificar que el uso de la escalera analgésica de la OMS se considera en pacientes oncológicos. De esta manera no se evita la aplicación inadecuada en otro tipo de poblaciones.

4.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	8%	0%	0%	8%	84%

5. Recomendación original (Tratamiento del dolor)

Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo (**1/6 de la dosis total diaria por dosis**). El **tratamiento alternativo es fentanilo oral transmucosa**. (*Recomendación B*).

5.1. Recomendación ajustada

Morfina es el fármaco de elección en el dolor irruptivo excepto en los pacientes con insuficiencia renal (**10% de la dosis diaria por dosis**). (*Recomendación B*).

5.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel decidió excluir fentanilo de la recomendación porque la presentación oral no está disponible en el país. Así mismo, se consideró necesario aclarar que esta no se debe dar a pacientes con insuficiencia renal. La dosis usada en Colombia es el 10% de la dosis diaria.

5.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	6%	0%	5%	0%	89%

6. Recomendación original (Tos)

Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. **En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse la quimioterapia paliativa**. (*Recomendación D*).

6.1. Recomendación ajustada

Los pacientes con tos en CP precisan una evaluación individualizada para diagnosticar y, en la medida de lo posible, tratar las causas específicas de la tos. (*Recomendación D*).

6.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel decidió no incluir la valoración de quimioterapia paliativa para cáncer pulmonar porque estos pacientes se encuentran en manejo especializado en el que ya existen protocolos definidos para el manejo de la tos.

6.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	13%	0%	0%	13%	74%

7. Recomendación original (Mucositis)

No hay evidencia suficiente para recomendar el tratamiento de la mucositis con enjuagues de alopurinol, factores estimulantes del crecimiento de granulocitos o inmunoglobulinas, por lo que la base del tratamiento es la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia. *(Recomendación B).*

7.1. Recomendación ajustada

La base del cuidado de la mucositis es la higiene cuidadosa y la analgesia sistémica. *(Recomendación D).*

7.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel excluyó la primera parte de la recomendación porque no se ha reportado evidencia que recomiende su uso; pero la higiene de la boca como conducta para el manejo de la mucositis resulta fundamental. Además se complementa la analgesia como analgesia sistémica dado que la analgesia con enjuagues no tiene evidencia.

7.3. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	0%	0%	0%	0%	100%

8. Recomendación original (Hipo)

En caso necesario puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. **Baclofeno es el fármaco inicial si no existe contraindicación para su uso. Puede usarse solo o combinado con omeprazol.** *(Recomendación D).*

8.1. Recomendación ajustada

En caso necesario puede utilizarse un tratamiento farmacológico (baclofeno, metoclopramida, haloperidol, nifedipino o gabapentina), teniendo en cuenta las interacciones y efectos secundarios en cada caso. *(Recomendación D).*

8.2. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel eliminó el Baclofeno como fármaco inicial para Colombia, dado que cualquiera podría usarse como opción terapéutica.

Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	4.6%	0%	4.6%	4.6%	86.2%

9. Recomendación original (Hemorragia)

Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:

- Disponer en la cabecera del paciente una palangana y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.
- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.
- Preparar una jeringa precargada con midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea —se facilitará el procedimiento si se deja insertada previamente una palomita—, que podría repetirse en caso necesario. *(Recomendación D).*

9.1. Recomendación ajustada inicial

Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:

- Disponer en la cabecera del paciente un **recipiente** y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.
- Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.
- Disponer de midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea, que podría repetirse en caso necesario.
- Notificación al equipo de CP para iniciar la sedación paliativa. *(Recomendación D).*

9.2. Recomendación ajustada final

Se recomienda, en los pacientes de riesgo, la elaboración de un plan de acción con instrucciones a los cuidadores, incluidas las siguientes:

- a) Disponer en la cabecera del paciente un **recipiente** y toallas de color oscuro para comprimir el punto de hemorragia y absorber y disimular la sangre.
- b) Colocar al paciente en decúbito lateral en caso de hematemesis o hemoptisis para prevenir el ahogamiento.
- c) Disponer de midazolam para realizar una sedación de emergencia con 5-10 mg administrados por vía parenteral, preferiblemente subcutánea, que podría repetirse en caso necesario.
- d) Notificación al equipo de CP.

9.3. Razones para el ajuste

El grupo de expertos y el panel dejó claro que es necesario que los familiares y equipos de salud puedan tener la opción de administrar el midazolam (teniendo en cuenta que este ya ha sido formulado por un médico tratante). Además es prioritario administrar el midazolam y posteriormente informar al equipo de CP.

Como no se alcanzó consenso en la primera ronda de votación, se hizo una discusión en la que se hizo un nuevo ajuste a la recomendación y luego, una segunda ronda de votación. En esta segunda ronda se alcanzó consenso.

9.4. Resultados de la votación

Ronda	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	23.8%	0%	9.5%	4.8%	61.9%
2	16%	0%	0%	4%	80%